

DOCUMENTOS CASC-UCA



SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DRA. GLORIA DE LA CARIDAD BENITEZ QUEVEDO



**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA (UCA)
CENTRO DE ANALISIS SOCIOCULTURAL (CASC)**

Campus Universidad Centroamericana, Managua, Nicaragua. Apdo. Postal N° C-51, Managua, Nicaragua.

Tel.: Planta UCA: (505) 278 3923 Ext. 336 / (505) 278 7355 (Dirección) / Fax N° : 267 0108

E-mail: mortaga@ns.uca.edu.ni / E-mail: castillo@ns.uca.edu.ni

305.3
B-467

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
FACULTAD DE HUMANIDADES
CENTRO DE ANALISIS SOCIOCULTURAL
DIRECCIÓN DE POSGRADO
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

CURSO

“ POBLACIÓN Y DESARROLLO “

**SALUD Y DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

DRA. GLORIA DE LA CARIDAD BENITEZ QUEVEDO

667/

Ingreso	17-07-06
Comprado a	—
Donado por	Colec. grat.
Precio	—
Reg.	200678776

MANAGUA 17 DE NOVIEMBRE 2000



**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA (UCA)
CENTRO DE ANALISIS SOCIOCULTURAL(CASC)**

URSO: GENERO Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

UNIDAD I : Género y Sexualidad. Su impacto en la Salud Sexual y Reproductiva

Guía Clase Práctica: " SEXUALIDAD Y GÉNERO "

Profesora : Dra. Gloria Benítez Quevedo.

Fecha : 17 de noviembre 2000

Hora : 8 AM a 12 AM

• **Objetivos:**

1. Identificar los factores socioculturales determinantes en los roles habitualmente asignados a hombres y mujeres en nuestra Región.
2. Analizar el efecto que tienen los estereotipos sexistas como cargas socioculturales sobre la vida de los individuos y socialmente en las personas, así como su repercusión en la relación de pareja.
3. Puntualizar los conceptos de sexualidad, identidad sexual, identidad genérica y la relación que existe entre género y sexualidad con el estudio de la Salud Sexual y Reproductiva.

• **Metodología:**

Se desarrollará inicialmente una clase práctica para elaborar de forma deductiva los diferentes roles de hombre y mujer en nuestros países y poder identificar las diferencias existentes y la forma de construirse, se dividirán en dos grupos uno de hombres y otro de mujeres y responderán por momentos diferentes preguntas, en la segunda etapa se desarrollará una lectura comentada sobre un artículo relacionado con el tema y se construirán en grupo los conceptos de: Género, Sexualidad, identidad sexual, identidad genérica, orientación sexual, roles genéricos, inequidad de género, que se puntualizarán con la profesora para finalizar la clase.

• **Trabajo de Grupo: Responder y discutir en grupo las preguntas claves.**

Grupo de Hombres

1. Estoy contenta de ser hombre, porque.....
2. Si fuera mujer yo ,

Grupo de Mujeres

1. 1. Estoy contenta de ser mujer, porque.....
2. 2 Si fuera hombre yo.....

• **Discusión en todo el colectivo:** Cada grupo presentará los resultados de su análisis, se discutir en grupo y se podrán desarrollar algunas preguntas:

1. ¿ Fue difícil pensar en las razones por lo que están contentos de su genero?
2. ¿ Fue difícil pensar e las ventajas de pertenecer a otro género?
3. ¿ Existen respuestas similares, Contradictorias, cuáles, por qué?
4. ¿ Ustedes consideran que algunas respuestas son las mismas para ambos géneros?



5. ¿ Existe diferencia entre los dos géneros, considera usted que las ventajas por ser hombre o mujer es naturales o son construidas?
6. ¿ Es posible ser hombre o mujer y aun así tener o hacer algunas de las cosas enlistadas en el otro sexo?
7. ¿ Pueden repercutir estos factores socio culturales (estereotipos) en la salud sexual y reproductiva?

• **Ideas claves que se deben elaborar en grupo y resumirlas en colectivo:**

1. Identidad sexual, identidad genérica, orientación sexual.
2. Proceso de socialización de los roles.
3. Estereotipos culturales, construcción social sobre la base biológica, por lo que pueden ser modificados.
4. Sexualidad y Género, su relación y su uso como enfoque metodológico para el estudio de la Salud Sexual y reproductiva.

• **Bibliografía Básica:**

1. Benitez Gloria. " Sexualidad y Género". Ensayo elaborado. Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, 1998.
2. Cerruti Stella, " Salud y sexualidad desde la perspectiva de Género. Género Mujer y Salud OPS.1999.
3. Master y Johson. La sexualidad humana.
4. Master y Johnson.Tratado de Medicina Sexual.



“ SEXUALIDAD HUMANA EN LAS RELACIONES DE GÉNERO ”

*Dra. Gloria Benítez Zaveredo.**

*Dra. Giselle Manjón Benítez.***

RESUMEN:

En el presente trabajo se realiza una revisión actualizada de la sexualidad y las relaciones de género, a través de una visión integral, utilizando además de la Ciencia de la Sexualidad, la Teoría de Género, constituyéndose el Binomio Sexualidad- Género, en un instrumento metodológico necesario e imprescindible para estudiar los aspectos relacionados con la conformación de la identidad sexual y el desarrollo del proceso de socialización de los roles, mediante el cual se conforman los géneros y se establecen las relaciones, las que indiscutiblemente repercutirán en la sexualidad, en la relación de pareja y por ende en la calidad de vida. Se analizan los comportamientos, los mitos y tabúes vigentes en la Región de las Américas, según otros estudios realizados por OPS, y se proponen líneas de acción para mejorar las relaciones de género y su impacto social desde una óptica humanística, basada en la igualdad y el respeto al derecho de disfrutar una sexualidad sana y responsable.

INTRODUCCION:

La sexualidad es un tema que ha despertado el interés de hombres y mujeres de toda condición social, durante todos los tiempos, en los que las religiones, teorías filosóficas, y códigos legales, han intentado por sistema establecer normas y tabúes sexuales.

En diversas etapas de la historia se ha querido explicar, la enfermedad, la creatividad, la agresión, los trastornos emocionales en función de las carencias o excesos de la actividad sexual, o bien de prácticas y conceptos sexuales insólitos y desacostumbrados.

Se trata, en efecto, de una perspectiva que dimana tanto de experiencias personales y privadas como de causas públicas y sociales. No se puede comprender la sexualidad sin conocer de antemano su índole pluridimensional, por lo que ninguna dimensión aislada, tiene validez universal.(1)

La sexualidad como fuente de placer y bienestar resulta un elemento enriquecedor en lo personal, con honda repercusión en lo familiar y en lo social. Por ello el disfrute de la sexualidad, es un derecho humano inalienable, como el derecho a la vida, la libertad, a la equidad y justicia social, a la salud, y a la educación, entre otros. (2)

* Médica Especialista en Salud Pública y Máster en Sexualidad Humana.
Profesora de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. UNAN. Managua.
** Médica, Residente de Genética Clínica. ISC. Médicas de La Habana. Cuba



Es por eso que al proceder al estudio de la sexualidad, debemos realizarlo desde variadas ópticas, con un enfoque integral, que contemple, además de la perspectiva biológica, los aspectos psicosociales, conductuales, éticos morales y culturales, por lo que no se puede reducir solo, al estudio de un ser biológico e individual, sino hay que verlo en el contexto del ser humano como ser social.

En el presente trabajo pretendemos hacer una revisión sobre el tema de la Sexualidad y su relación con la Teoría de Género para el abordaje del análisis de las relaciones de género, su impacto en la relación de pareja, y la forma de lograr la articulación de estas dos teorías como agente de cambio.

MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

¿ Qué es la sexualidad ?

Es una función vital, que sobre la base del sexo biológico condicionado y adaptado según las pautas que la sociedad crea en cada persona, existe y busca satisfacción independiente o asociada a la reproducción. (3)

"Con el sexo nacemos, pero nuestra sexualidad es aprendida ". Comienza con el nacimiento, evoluciona y se desarrolla a lo largo de la vida, siendo diferente en cada edad, y desaparece con la muerte, y no con la incapacidad de procrear. (4)

Representa una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales del sexo. (5)

Como todo proceso humano, se integra mediante una relación dialéctica en la que intervienen las vertientes antes mencionadas y es uno de los procesos vitales que con más fuerza repercute y la vez, está influido por el contexto histórico- social en que se desarrolla. (6)

Es importante destacar los aspectos cualitativos que confieren matices muy específicos al fenómeno de la sexualidad humana, haciéndolo único e intransferible a otras especies(7). Estos rasgos son los siguientes:

- **PLACENTERA.**- Contribuyendo al bienestar individual y al desarrollo del vínculo con su pareja y con los otros.
- **AFECTIVA.**- La capacidad de amar, constituye un componente humano, y es un elemento transcendental del vínculo en la relación de pareja
- **COMUNICACIONAL.**- Es una forma de comunicación de mayor profundidad entre los seres humanos.
- **CREATIVA.**- Es la expresión integral de las personas, potenciando su capacidad.
- **ETICA.**- Se define a partir de valores sustentada en los derechos humanos
- **PROCREATIVA.** El logro de dos personas que consciente, libremente y con responsabilidad compartida, asumen la creación de un nuevo ser.

¿ Qué es Género?

Es una categoría utilizada para referirse a la red de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres y constituye la definición de lo femenino y lo masculino en distintas culturas.(8)

¿Cuáles son las características de esta construcción ?

Histórica, porque se nutre de elementos mutables en el tiempo y en el espacio y, por lo tanto son susceptibles de ser modificados mediante intervenciones.

Ubicua, porque permea la micro y la macrosefera social ; el mercado de trabajo, el sistema educativo, los medios de comunicación, la recreación, las relaciones interpersonales, la misma personalidad, la salud, la familia, el aparato político y la religión.

Jerárquica, porque la diferenciación que se establece entre hombres y mujeres implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las actividades asociadas con el hombre.

¿Cuál es la relación que existe entre sexualidad y género ?

El abordaje teórico de los problemas de la sexualidad y género, resultan hoy muy complejos. existen diversas corrientes y modelos explicativos, entre los cuales es posible identificar coincidencias pero también profundas contradicciones

A diferencia de la explicación biológica de la evolución de las especies, la sexualidad y género no tienen una comprensión universal, sino significados diferentes en cada contexto histórico cultural concreto.

A lo largo de este siglo ha prevalecido la aceptación de que la sexualidad no es "natural", sino construida socialmente al igual que los géneros .

Por otra parte la Teoría de Género no excluye pero si desborda el ámbito fisiológico para centrarse en el estudio de las influencias reciprocas que median entre los factores biológicos ligados al sexo, las diferencias y valoraciones que la sociedad asigna diferenciadamente a hombres y mujeres, y los patrones que rigen las relaciones inter e intra-sexos.(9)

Por lo que la utilización del enfoque de género como herramienta analítica para el estudio de la sexualidad, lejos de conducir a reduccionismos de la realidad, enriquece los marcos teóricos explicativos del proceso de relación de los géneros.

Las relaciones del Binomio Sexualidad - Género, constituyen un instrumento metodológico necesario e imprescindible para analizar el proceso por el cual se construye un ser humano varón o mujer y en el que se determinan sus comportamientos como seres sexuados (sexuación), en la cual se estructura la identidad sexual de los seres humanos y en el que se conjugan íntimamente aspectos biológicos, psicoafectivos, y socioculturales, entre otros.



¿ Qué entendemos por identidad sexual ?

Es la parte de identidad total de las personas que les posibilita reconocerse, aceptarse y actuar como seres sexuados y sexuales (10).

Esta identidad pautará, al mismo tiempo, la ubicación de cada ser humano en el mundo y las relaciones consigo mismo y los demás ; será también un elemento determinante en la forma de vida y de los comportamientos y conductas que asuma en su sexualidad.(11)

La identidad sexual está constituida por tres componentes que es preciso reconocer y diferenciar: (12)

- **Identidad de género:** Es la convicción íntima que tiene cada persona de pertenecer a uno u otro sexo.
- **Rol de género:** Es la expresión de masculinidad o feminidad acorde con las reglas establecidas por la sociedad.
- **Orientación Sexual:** Se refiere a las preferencias sexuales en la elección del vínculo sexo-erótico (heterosexuales, homosexuales y bisexuales).

Proceso de socialización de los roles

Por lo general el rol de género estructurado en el proceso de socialización, resulta común en la sociedad en un momento histórico concreto, el control social existente, hace que cuando alguien no cumple con el rol asignado se le sancione por medio del rechazo o la marginación.

Sin duda, la escuela los medios de difusión de información masiva, la familia, y la sociedad en su conjunto todavía aportan rígidas representaciones de " ser varón " y " ser mujer ", las cuales v estructurando el rol de género y la sexualidad desde el momento mismo de la concepción y llev implícitos criterios francamente discriminatorios.

Los patrones de socialización diferenciados por sexo, han sido cuestionados en los últimos tiempos, sin embargo continúan siendo una realidad en la Región de las Américas, situación esta que ha sido identificada en varios estudios que se han realizado por diferentes investigadores

En un estudio realizado durante una capacitación de sexualidad a 2000 adolescentes, en distintos países del área, y en otro realizado por Telma Rea et al, se pudieron encontrar la vigencia de algunos mitos y tabúes referidos a la masculinidad y a la feminidad. (13, 14)

¿ Cuales son los mitos y tabúes referidos a la feminidad y la masculinidad más frecuentes identificados por los adolescentes en la Región ?

PARA EL HOMBRE.

- La masculinidad se demuestra por el vigor físico y reciedumbre de los modales
- El tamaño de los genitales se asocia con la potencia sexual.
- No debe expresar sus sentimientos, su ternura "el hombre no llora"
- Hijo varón confirmatorio de virilidad
- Está hecho para el placer y debe llevar la iniciativa de las relaciones sexuales.
- Es el que manda en el hogar y garantiza el aporte económico.
- Es el que tiene derecho a estudiar y superarse, son más inteligentes.
- Son más dados a la independencia y a la acción

PARA LA MUJER:

- La sensibilidad, dulzura y afecto son condiciones típicamente femeninas.
- La mujer tiene menos necesidad sexual que el hombre, es pasiva.
- La virginidad es un símbolo de pureza en la mujer.
- El placer y lo erótico es solo para el disfrute del hombre, ella solo es un objeto sexual.
- La mujer se concibe para tener hijos, si no se casa y tiene hijos, es una persona frustrada.
- Debe ser sumisa, y responder del cuidado del hogar y de los miembros de la familia.
- Su futuro es el hogar y , debe depender económicamente.
- Para ser moderna e independiente la mujer debe obligatoriamente mantener relaciones sexuales
- Colocan en primer lugar las relaciones con sus vínculos y las demás personas

Muchas de estas características pautadas para el ejercicio del rol de género , que no sean debidamente atendidas influyen en las conductas de riesgo y, a lo largo producen morbilidad y trastornos en sus relaciones futuras. (15)

¿ Cómo son las relaciones de género?

Las relaciones de género han estado históricamente influenciadas por el grado de poder, de un género sobre otro, y en las sociedades actuales de la Región , el hombre sigue teniendo la posición privilegiada.

La discriminación de género es directa, cuando para la asignación de beneficios o posiciones se utiliza abiertamente una especificación de género que desfavorece a uno de los sexos , y es encubierta cuando esa asignación se hace sobre la base de criterios que, aunque formalmente neutrales respecto a género , en la práctica desfavorecen desproporcionadamente a uno de los sexos. En uno u otro caso el desfavorecimiento responde a una desvalorización del grupo genérico colocado en desventaja. (16)

Es bueno señalar que estas relaciones de inequidad de género y social, no solo existen entre los hombres y las mujeres, sino que incluso están presentes dentro del mismo género, y que en general estas se hacen más críticas , en dependencia de la desigualdad social y en la magnitud que se potencialicen estos factores.

¿Cuál es el impacto actual de la socialización de géneros en la sexualidad y en la relación de pareja ?

La construcción de género, por su carácter abarcador de la totalidad de las expresiones de la significación asignada socialmente a la masculinidad y la feminidad, incluye también la modelación de un comportamiento diferenciado de la sexualidad, caracterizado por:

- Pautas de dominación / subordinación
- Sexualidad Masculina activa / femenina pasiva
- Aceptación o rechazo de ciertas prácticas y arreglos sexuales.
- Preponderancia de la reproducción como objetivo primordial de la sexualidad.

PATRONES CULTURALES Y MORALES DE DESIGUALDAD.
BAJO NIVEL DE ESCOLARIDAD
DEPENDENCIA ECONÓMICA
AREAS MARGINALES
AREA RURAL
MUJERES
POBREZA
↓
ADOLESCENTES
TERCERA EDAD

Sin duda todos estos elementos influyen notablemente en la conformación de la autoimagen y repercuten en los distintos comportamientos, y muchas de estas características son pautadas por el ejercicio del rol de género influyen en la sexualidad y en las relaciones de pareja.

El amor, el erotismo, el placer, la libertad de opción se disfrutarán o no, atendiendo a lo permitido por los códigos éticos y morales externos, en dosis diferentes para cada individuo según la presencia de los factores externos.

En las sociedades con fuerte influencia patriarcal, estos estereotipos, prácticamente predetermina a las personas a renunciar a sus propias potencialidades, al derecho a decidir las formas particulares de vivir su vida y su sexualidad, para aceptar resignadamente aquellos que le impone la sociedad según intereses y necesidades económicas, políticas morales, y muchas veces ajenas a él o a ella.

En estas condiciones la sexualidad y las formas de relaciones y convivencia entre los sexos en cada esfera de la vida se construyen por decreto, antecediendo a normas y modos de comportamiento rígidos y estereotipados, que exige "la moral" para cada persona según su sexo, edad, status social, y otros factores (17)

En estas sociedades con fuerte predominio de relaciones de inequidad de género, las características de las relaciones de pareja, se van a caracterizar, por: Intolerancia, rigidez en las relaciones, represión, fuerza, poder, violencia, discriminación, subordinación, desencuentro y desamor entre las personas, conformismo, y mercantilización de las formas de placer, con la existencia y aceptación de la doble moral. (18)

En las sociedades patriarcales contemporáneas, que enmarcamos en este siglo y en especial a partir de las transformaciones materiales, conceptuales, ideológicas, y morales vinculadas a la revolución sexual, y a la lucha del movimiento femenino por el empoderamiento de la mujer, fundamentalmente a partir de la Plataforma de Beijing, se desencadena un proceso de reconceptualización de los modelos y valores sexuales.

En consecuencia, junto con la moral oficial imperante, se forman y expresan otras normas y patrones más flexibles, justos y humanos, que le permiten a muchas personas, y en particular a un grupo cada vez más amplio de mujeres, a disfrutar de un grado de autodeterminación en su vida sexual y social, sino óptimo, lo cual es imposible en las sociedades basadas en la desigualdad, al menos mucho mayor al que tenían acceso en la etapa precedente.

Se impone, por tanto, un nuevo vínculo, "progresivamente creativo y libre" entre el individuo y su mundo, vínculo que se identifica con el aprendizaje, con la capacidad de apropiarse instrumentalmente de la realidad para transformarla, y poder convertir al ser humano en un agente de cambio, preparado para desarrollar al máximo sus potencialidades, y capaz de penetrar la vida en un camino de conflictos y contradicciones. (19)

¿Cómo se podrían obtener modificaciones en las relaciones de inequidad de género?

Preparando al individuo para desempeñar el rol protagónico, como árbitro de construcción y expresión personalizada de su sexualidad, comprendiendo y evaluando las responsabilidades, las motivaciones, la trascendencia y consecuencias de las proyecciones de su conducta sexual, lo cual constituye un reto para la generación actual, y en especial para los educadores y promotores de salud, por lo que para poderlo alcanzar, se impone aglutinar a los diferentes actores sociales y decisores de los diferentes componentes de la sociedad, como facilitadores para desarrollar una estrategia de intervención multidimensional.

Líneas de acción que se deben considerar:

- Desarrollar una perspectiva humanística de la sexualidad y su expresión de género, que se corresponda con un proceso de cambio, a escala de la sociedad y que se caracterice por ser un proceso profundamente humanizado, democrático y contextualizado, que permita articular las necesidades personales y sociales, sobre la base del respeto y la igualdad.
- Garantizar el derecho de una sexualidad libre, plena, y conjugada con el respeto a la libertad de la expresión sexual de los demás. (20)
- Cultivar la confianza y esperanza en el ser humano, en su capacidad de elección, decisión, crecimiento y autorrealización.
- Romper con las actitudes pasivas, dependientes de los modelos y valores sexuales estereotipados, para asumir posturas activas, críticas, divergentes, y transformadoras de sí mismo y de su realidad.
- Sustituir las relaciones antagónicas de poder, dominación y discriminación entre los géneros, por vínculos de cooperación, tolerancia, equidad y reciprocidad.
- Educar al individuo a través de una Educación Sexual " alternativa y participativa ", cuyos fundamentos teóricos, metodológicos y prácticos se basen en un sistema de influencia rico en opciones de vida para seres humanos libres de determinar las sendas de su sexualidad siempre que vivan con responsabilidad y equidad.

Bibliografía:

- 1.- Masters, W. H., Johnson, V. La sexualidad Humana. Edición Revolucionaria, Ciudad de la Habana, 1988.
- 2.-Gantier González, M. Sociedad, cultura y sexualidad . La educación de la sexualidad humana. México, CONAPO, 1982, tomo 1, p. 155.
- 3.-Marengo, A., Y, Fonseca. Apuntes de Sexualidad Humana. UNAN. UNFPA, Nicaragua, 1997.
- 4.-López, F., Fuentes, A. Para comprender la sexualidad. Ediciones Revolucionaria, 5ta edición, La Habana .Cuba. 1994
- 5 - Mace, D., Bannerman, R. et al. Las enseñanzas de la sexualidad humana en las escuelas de formación de profesionales de la salud. Ginebra, OMS, 1975. Cuaderno de Salud Pública 57, p.9.
- 6.-Cerruti, S. et al. Sexualidad Humana: Aspecto para desarrollar docencia en educación sexual. Montevideo, OPS, Abril de 1990, p. 23.
- 7.-Cerruti,S. La sexualidad Humana en el contexto de la promoción de la salud en la adolescencia. Montevideo, Consejo de Educación Secundaria, 1991.
- 8.-Berneira, I. y Roldán, M. The Crossroads of Class and Gender. Chicago y Londres, The University of Chicago Press,1987,pp.11-12.Ibid.
- 9.-Gómez Elsa. Género, Mujer y Salud en las Américas. OPS. Washington, D.C.1993.Publicación Científica No 541
- 10 -Masters, W. H., Johnson, V. La Sexualidad Humana. Grijalbo, 1987, Tomo 2.

- 11.-Ellis, J. D. y Landes, N.M. . La sociedad, la salud y la enseñanza de la biología en EE.UU. La perspectiva del B.S. C. Nuevas tendencias de la enseñanza de la biología, V. UNESCO, 1990.
- 12.-Cerruti, S. La sexualidad humana como problema de salud. Medicina General Integral. La Habana, MINSAP, 1986.
- 13.-Cerruti, S. Salud y Sexualidad desde una perspectiva de género. Género , mujer y salud en las Américas. OPS. Edición de 1993. Washington, D.C. , 1993. Publicaciones Científicas No. 541. páginas 124-129.
- 14.-Reca, T. et al. Algunos aspectos de la imagen de sí de adolescentes de ambos sexos de 13 a 18 años. Temas de psicología y psiquiatría de la niñez y adolescencia. Buenos Aires, CEAM, 1975. Volumen. 4, páginas 79-103.
- 15.-OPS. Salud del niño y del adolescente. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1990. Washington, D. C., 1990. Publicaciones Científicas 524, Vol.1, páginas, 55-97.
- 16.-Campbell, T: Sex Discrimination: Mistaking the Relevance of Gender. En: McLean, S. A. M. y Burrows, N. The Legal Relevance of Gender. Londres, MacMillan Press, 1988, p. 22.
- 17.-Lagarde Marcela. Identidad de Género. OPS. Nicaragua. 1992.
- 18.- González, H., Castellanos, S. La sexualidad y los géneros. Sexología y Sociedad , Cuba. Año no 4, No 9, Abril- Julio 1998.
- 19.-Quiroga, A. : Revisión Histórica : La trayectoria de los autores y de sus obras. En : El proceso educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón - Riviere. Ediciones Cinco, Buenos Aires, 1985. p.20.
- 20.-Flores Colombiano, A. Ética y Sexualidad. En : Memorias del VI Congreso Colombiano de Sexología. Catorce SCS, Cali , 1994. p20.

**UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA (UCA)
CENTRO DE ANALISIS SOCIOCULTURAL(CASC)**

CURSO: " GÉNERO Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS "

**UNIDAD 2 " DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.
BASES PARA LA ACCIÓN". CAIRO y BEIJING.**

Profesora : Dra. Gloria Benitez Quevedo

Fecha : 17 de Noviembre 2000

Hora : 10 AM a 12M.

OBJETIVOS:

1. Conocer los DSSR y la evolución de los derechos de la mujer desde los derechos humanos.
2. Analizar los derechos que emanan de las Conferencias Internacionales y el Plan de Acción del Cairo y Beijing
3. Comentar las brechas que existen en el cumplimiento de estos derechos en América latina y en Nicaragua.

METODOLOGÍA: Clase Práctica, conferencia y debate sobre los DSSR existentes y las brechas que existen en Centroamérica y en Nicaragua

Desarrollo del encuentro docente y de la clase:

1. **Comentarios** previos en grupos de 3 personas, sobre los aspectos analizados en cuanto a los Derechos sexuales y Reproductivos que conocen, análisis en el colectivo (Tiempo 10 min)
2. **Encuadre de la clase:** Se presentarán los objetivos de la clase y la metodología que se utilizará (5 Min)
3. **Motivación:** Se realizan algunas preguntas sobre el tema a las/os estudiantes.
4. **Presentación del tema por el docente** Se presentarán los aspectos más generales de los derechos sexuales y reproductivo y su evolución a través del tiempo y su repercusión en la calidad de vida de las personas.
(Tiempo 30 min)
5. **Trabajo en Plenaria:** se realizará el debate sobre el tema mediante preguntas que realicen los/as estudiantes sobre el tema presentado, relacionándolo con la situación que ellos perciben en Nicaragua

Preguntas Claves para el debate:

- ¿ Desde su experiencia consideran ustedes que existe igualdad de oportunidades para hombres y mujeres para disfrutar de estos derechos en Nicaragua?
- ¿ Cuáles ustedes identifican con mayores dificultades en su comportamiento en Nicaragua?
- ¿ Pueden ustedes identificar las brechas que existen en el cumplimiento de los derechos sexuales y Reproductivos en el país?
- ¿ A qué atribuye usted estas brechas?

- 6 **Conclusiones por el docente.** Precisando las brechas que existen y los esfuerzos que quedan aún por desarrollarse (Tiempo 10 Min)
- 7 **Cierre de la actividad.** (Tiempo 5 Min.)
- 8 **Orientación de Trabajo de estudio en grupo para el estudio individual.:** Realizar la lectura de los documentos del Cairo y Beijing en todo lo relacionado con los derechos sexuales y Reproductivos y las relaciones de género.

Bibliografía Básica

- 1 **Dossier del módulo**

Bibliografía de consulta

- 1 **Declaración y en la Plataforma de Acción de la Conferencia de los Derechos de la Mujer Beijing 1995**
- 2 **Programa de Acción del Cairo Población y Desarrollo: Un compromiso Universal.**
- 3 **Políticas de Salud de Nicaragua**
- 4 **Política de Educación de Nicaragua**
- 5 **Política de Población de Nicaragua**
- 6 **Política de Educación Sexual de Nicaragua**

Libertad Reproductiva & derechos humanos

Derechos Reproductivos de las Mujeres

Bases Legales Internacionales

Todas las personas tienen derechos reproductivos, los cuales están basados en los principios de dignidad e igualdad humana. Pero las mujeres tienen un rol único en la reproducción humana y son las únicas afectadas por las políticas gubernamentales. Los derechos reproductivos de las mujeres bajo la legislación internacional de derechos humanos son un compuesto de varios derechos humanos independientes. Aunque una perspectiva de derechos humanos no se limita a principios legales, las demandas por auto-determinación en materia reproductiva pueden también estar basadas en el derecho internacional.

Los derechos reproductivos de las mujeres fueron un tópico clave en dos conferencias internacionales recientes, la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) y la Cuarta Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre las Mujeres de 1995 (CCMM). La comunidad internacional de mujeres se movilizó para asegurar que los documentos de consenso de estas reuniones afirmaran la naturaleza integral de estos derechos para los derechos humanos internacionales y se describiera el cúmulo de derechos incluidos en el concepto de los derechos reproductivos. Tal como se establece en el Párrafo 7.3 del Programa de Acción de la CIPD:

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

En esta publicación, nos referimos a diez derechos humanos fundamentales, cada uno de los cuales involucra derechos reproductivos. Con respecto a cada uno de estos derechos, sólo citamos una selección de lo previsto en los principales instrumentos legales internacionales. Debido a que recientes conferencias internacionales de la Organización de Naciones Unidas reafirman el consenso gubernamental sobre ciertos puntos relacionados a los derechos reproductivos y suponen un avance en el derecho internacional, también incluimos referencias a tales documentos. Un amplio reconocimiento de las bases legales de los derechos reproductivos es un paso crucial hacia el logro de los derechos humanos para todas las mujeres.

Derecho a la Vida, Libertad y Seguridad

Tratados y Convenciones

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS¹ (LA "DECLARACIÓN UNIVERSAL")

Artículo 3 Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS² ("PACTO DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS")

Artículo 6.1 El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley

Artículo 9.1 Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales.

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO³ ("CONVENCIÓN DEL NIÑO")

Artículo 6.1 Los Estados Partes reconocen que todo niño⁴ tiene el derecho intrínseco a la vida.

Artículo 6.2 Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.

Documentos de Conferencias

PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO⁵ ("PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO")

Principio 1 ...Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y la seguridad personal.

Párrafo 7.3 ...[Derechos reproductivos] también incluye su derecho [parejas e individuos] a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...

Párrafo 7.17 Se insta a los gobiernos, a todos los niveles, a que implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia... Con este fin, los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las normas éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y otros servicios conexos de salud reproductiva con el fin de asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado y también con respecto a la prestación de los servicios...

Párrafo 8.34 Los gobiernos deberían elaborar políticas y directrices para eliminar la discriminación contra las personas infectadas con el VIH y proteger sus derechos y los de sus familias. Deberían reforzarse los servicios para detectar la infección con el VIH y velar por que se asegure la confidencialidad....

PLATAFORMA DE ACCIÓN DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER* ("PLATAFORMA DE BEIJING")

Párrafo 96 Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia....

Párrafo 106Los gobiernos [deberían]...(g) Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores, relacionados con la atención de salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud....

Párrafo 108Los gobiernos [deberían]...(c) Alentar a todos los sectores de la sociedad...a que formulen políticas y prácticas compasivas y de apoyo, no discriminatorias, en relación con el VIH/SIDA, que protejan los derechos de las personas infectadas...

Derecho a No Ser Sometido a Tortura u Otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes.

Tratados y Convenciones

DECLARACIÓN UNIVERSAL

Artículo 5 Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

PACTO DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Artículo 7 Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes....

CONVENCIÓN DEL NIÑO

Artículo 37 Los Estados velarán por que: a) Ningún niño sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes...

Documentos de Conferencias

CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE DERECHOS HUMANOS. LA DECLARACIÓN DE VIENA Y PROGRAMA DE ACCIÓN ("DECLARACIÓN DE VIENA" Y "PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA")⁷

PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA

Párrafo 56 La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reafirma que, con arreglo a la normas (sic) de derechos humanos y al derecho humanitario, el derecho a no ser sometido a torturas es un derecho que debe ser protegido en toda circunstancia, incluso en situaciones de disturbio o conflicto armado interno o internacional.

Derecho a Estar Libre de Discriminación por Género

Tratados y Convenciones

DECLARACIÓN UNIVERSAL

Artículo 2 Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición....

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES ("PACTO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES")⁸

Artículo 2.2 Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo....

PACTO DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Artículo 2.1 Cada uno de los Estados Partes...se comprometen a respetar y a garantizar... los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo....

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER⁹ ("CONVENCIÓN SOBRE LA MUJER")

Artículo 1 ...[L]a expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer...de los derechos humanos y las libertades fundamentales....

- Artículo 3** Los Estados Partes tomarán en todas las esferas, y en particular en las esferas política, social, económica y cultural, todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.

Documentos de Conferencias

DECLARACIÓN DE VIENA

- Párrafo 18** Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional....

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

- Principio 1** Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición....
- Principio 4** ...Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

PLATAFORMA DE BEIJING

- Párrafo 214** La igualdad de derechos de la mujer y el hombre se menciona explícitamente en el Preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas. En todos los principales instrumentos internacionales de derechos humanos se incluye el sexo entre los motivos por los cuales se prohíbe a los Estados toda discriminación.

Derecho a Cambiar Costumbres Que Discriminan Contra La Mujer

Tratados y Convenciones

CONVENCIÓN SOBRE LA MUJER

- Artículo 2 Los Estados Partes...se comprometen a...(f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer; (g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.
- Artículo 5 Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: (a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres....

CONVENCIÓN DEL NIÑO

- Artículo 24.3 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Documentos de Conferencias

DECLARACIÓN DE VIENA

- Párrafo 18 ...La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas....

PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA

- Párrafo 38 La Conferencia Mundial de Derechos Humanos subraya en especial la importancia de la labor destinada a...erradicar cualesquiera conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o costumbres, de prejuicios culturales y del extremismo religioso...
- Párrafo 49 ...La Conferencia insta a los Estados a que deroguen leyes y reglamentos en vigor y a que eliminen costumbres y prácticas que sean discriminatorias y perjudiciales para las niñas.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

- Párrafo 5.5 ...Se deberían adoptar y aplicar medidas para eliminar los matrimonios entre menores y la mutilación genital femenina.

PLATAFORMA DE BEIJING

Párrafo 224 ...Es menester prohibir y eliminar todo aspecto nocivo de ciertas prácticas tradicionales, habituales o modernas que violan los derechos de la mujer....

Derecho a la Salud, Salud Reproductiva y Planificación Familiar

Tratados y Convenciones

CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN RACIAL¹⁰

Artículo 5 ...[L]os Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona...(e)(iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

PACTO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Artículo 10.2 Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto....

Artículo 12.1 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Artículo 12.2 Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes...a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños...(d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

CONVENCIÓN SOBRE LA MUJER

Artículo 10 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para...asegurar...(h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Artículo 11.2 A fin de impedir la discriminación contra la mujer por razón de...maternidad...Los Estados Partes tomarán medidas adecuadas para: (a) Prohibir, bajo pena de sanciones, el despido por motivo de embarazo o licencia de maternidad...(d) Prestar protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajos que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella....

Artículo 11.3 La legislación protectora relacionada con las cuestiones comprendidas en este artículo será examinada periódicamente a la luz de los conocimientos científicos y

tecnológicos y será revisada, derogada o ampliada según corresponda.

- Artículo 12.1 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
- Artículo 14.2 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para [asegurar]...a la mujer [en las zonas rurales]...el derecho a... (b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.

CONVENCIÓN DEL NIÑO

- Artículo 24.1 Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
- Artículo 24.2 Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez... (d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres... (f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Documentos de Conferencias

PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA

- Párrafo 41 La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida... [L]a Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

- Principio 8 Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción....

- Párrafo 745** Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiados en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales....

PLATAFORMA DE BEIJING

- Párrafo 89** La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental...La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social....
- Párrafo 92** Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre....
- Párrafo 267** La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoció, en el párrafo 7.3 del Programa de Acción, que "se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre mujeres y hombres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con [el] objeto de que pueda asumir su sexualidad de modo positivo y responsable", teniendo en cuenta el derecho del niño a la información, a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento con conocimiento de causa, así como las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres y tutores en lo que respecta a proporcionar al niño, con arreglo a la evolución de sus capacidades, un asesoramiento y orientación apropiados para el ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la [E]liminación de [T]odas las [F]ormas de [D]iscriminación Contra la Mujer...

Derecho a la Privacidad

Tratados y Convenciones

PACTO DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

- Artículo 17.1** Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.

CONVENCIÓN DEL NIÑO

- Artículo 16.1** Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su



reputación.

Artículo 16.2 El niño tiene el derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

Documentos de Conferencias

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

Párrafo 7.45 ...con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales. [salud sexual y reproductiva] esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas...

PLATAFORMA DE BEIJING

Párrafo 106 [G]obiernos [deberían]...(f) Reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades... y del derecho del usuario a la privacidad y confidencialidad....

Párrafo 107 [G]obiernos [deberían]...(e) Preparar y difundir información accesible...con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las jóvenes y los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceder a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informa.

El Derecho al Matrimonio y a Fundar una Familia

Tratados y Convenciones

DECLARACIÓN UNIVERSAL

Artículo 16.1 Los hombres y las mujeres, a partir de la edad nubil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutaran de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.

PACTO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Artículo 10.1 ...El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros conyuges.

PACTO DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

- Artículo 17.1 Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio...
- Artículo 17.2 Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.
- Artículo 23.2 Se reconoce el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen edad para ello.
- Artículo 23.3 El matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes.

CONVENCIÓN SOBRE LA MUJER

- Artículo 16.1 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares...
- Artículo 16.2 No tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio y hacer obligatoria la inscripción del matrimonio en un registro oficial.

Documentos de Conferencias

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

- Principio 9 La familia es la unidad básica de la sociedad y como tal es preciso fortalecerla...El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges, y el marido y la mujer deben estar en igualdad de condiciones.

PLATAFORMA DE BEIJING

- Párrafo 274[L]os gobiernos [deberían]...(e) Promulgar y hacer que se cumplan estrictamente las leyes destinadas a velar por que sólo se contraiga matrimonio con el libre y pleno consentimiento de los contrayentes; además, promulgar y hacer que se cumplan estrictamente las leyes relativas a la edad mínima para expresar consentimiento y contraer matrimonio y elevar la edad mínima para contraer matrimonio cuando sea necesario...

Derecho a Decidir el Número e Intervalo de Hijos

Tratados y Convenciones

CONVENCIÓN SOBRE LA MUJER

- Artículo 16.1 Los Estados Partes...asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres...(e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos...

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

- Principio 8 ...Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.¹¹

PLATAFORMA DE BEIJING

- Párrafo 223 ...[L]a Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer reafirma que los derechos a la procreación se basan en decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento en que desean tener hijos y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello...

Derecho a Estar Libre de Asalto y Explotación Sexual

Tratados y Convenciones

CONVENCIÓN SOBRE LA MUJER

- Artículo 6 Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer.

CONVENCIÓN DEL NIÑO

- Artículo 19.1 Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

- Artículo 34 Los Estados Partes se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales. Con este fin, los Estados Partes tomarán, en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir: (a) La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal; (b) La explotación del niño en la prostitución u otras prácticas sexuales ilegales; (c) La explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Documentos de Conferencias

DECLARACIÓN DE VIENA

- Párrafo 21 ...Deben reforzarse los mecanismos y programas nacionales e internacionales de defensa y protección de los niños, en particular las niñas...los niños explotados...sexualmente, incluidos los utilizados en la pornografía y la prostitución infantil...

PROGRAMA DE ACCIÓN DE VIENA

- Párrafo 38 La Conferencia Mundial de Derechos Humanos subraya en especial la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada...La Conferencia...insta a los Estados a que combatan la violencia contra la mujer...Las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado constituyen violaciones de los principios fundamentales de los derechos humanos y el derecho humanitario internacionales. Todos los delitos de ese tipo, en particular...las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados, requieren una respuesta especialmente eficaz.
- Párrafo 48 ...Deben combatirse activamente la explotación y el abuso de los niños, resolviendo sus causas. Se requieren medidas eficaces contra...la prostitución infantil, la pornografía infantil y otros tipos de abuso sexual.

PROGRAMA DE ACCIÓN DE EL CAIRO

- Principio 11 ...El niño tiene derecho a...que se le proteja con medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental...incluida la venta, el tráfico, el abuso sexual...
- Párrafo 4.10 Se insta a los países a que individualicen y condenen la práctica sistemática de la violación y otras formas de trato inhumano y degradante de la mujer como instrumento deliberado de guerra y depuración étnica y a que tomen medidas a fin de asegurar que se preste plena ayuda a las víctimas de tales abusos para su rehabilitación física y mental.

Derecho a Gozar del Progreso Científico y a Consentir Librementemente a la Experimentación

Tratados y Convenciones

PACTO DE DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

- Artículo 15.1 Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a...
- (b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones....

Documentos de Conferencias

DECLARACIÓN DE VIENA

- Párrafo 11 ...Todos tienen derecho a disfrutar del progreso científico y de sus aplicaciones. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos toma nota de que ciertos adelantos, especialmente en la esfera de las ciencias biomédicas y biológicas, así como en la esfera de la informática, pueden tener consecuencias adversas para la integridad, la dignidad y los derechos humanos del individuo y pide la cooperación internacional para velar por el pleno respeto de los derechos humanos y la dignidad de la persona en ésta esfera de interés universal.

PLATAFORMA DE BEIJING

- Párrafo 109 ...[L]os gobiernos [deberían]...(h) Prestar apoyo financiero e institucional a la investigación sobre métodos y tecnologías seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad incluida la planificación natural de la familia para ambos sexos, métodos para la protección contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y métodos sencillos y baratos para el diagnóstico de tales enfermedades, entre otras enfermedades. Estas investigaciones deben guiarse en todas las etapas por los usuarios y han de llevarse a cabo desde la perspectiva de la distinta condición entre varones y mujeres, en particular desde la perspectiva de género, y realizarse en estricta conformidad con normas de investigación biomédica....

1 de enero de 1997

Para mayor información sobre el tema, contacte con el Programa Internacional del CRLP. El Programa Internacional también es accesible vía correo electrónico: cripintl@igc.apc.org

Notas

1. La Declaración Universal de Derechos Humanos fué adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.
2. El Pacto de Derechos Civiles y Políticos entró en vigor el 23 de marzo de 1976.
3. La Convención sobre los Derechos del Niño entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.
4. El Artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño define niño como "todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad".
5. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, A/CONF.171/13/Rev.1.
6. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995, Departamento de Coordinación de Políticas y de Desarrollo Sostenible (DCPDS) de las Naciones Unidas, A/CONF.177/20 (17 de octubre de 1995).
7. Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 14 a 25 de junio de 1993, Declaración y Programa de Acción de Viena, A/CONF.157/23, 12 de julio de 1993.
8. El Pacto de Derechos Económicos y Sociales entró en vigor el 3 de enero de 1976.
9. La Convención sobre la Mujer entró en vigor el 3 de septiembre de 1981.
10. La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial entró en vigor el 4 de enero de 1969.
11. Ver también el Párrafo 7.3 de este documento.



UNFPA

United Nations
Population Fund

FNUAP

Fondo de Población
de las Naciones Unidas



**Pobreza e Inequidad de Género: Salud y
Derechos Sexuales y Reproductivos en América
Latina y el Caribe**

**VII Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer
en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el
Caribe**

Santiago, Chile, 19-21 de noviembre de 1997

Documento técnico elaborado con el auspicio de la División de América Latina y el Caribe del UNFPA por la Sra. Belkys Mones y el Sr. José Miguel Guzmán, asesores del Equipo de Asistencia Técnica (EAT) del UNFPA, y con el apoyo de FLACSO, para la VII Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe. Santiago, 19 - 21 de noviembre de 1997.

Este documento no representa necesariamente los puntos de vista ni las políticas del UNFPA.

INDICE

INTRODUCCION	5
1 EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	9
1.1 Los derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos	9
1.2 Brechas entre las mujeres en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos	11
1.3 Persistencia de la violencia de género hacia las niñas y las mujeres: golpe a la vigencia de los Derechos Humanos	12
2 POBREZA E INEQUIDADES SOCIALES Y DE GENERO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	15
2.1 Factores influyentes en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género y la pobreza.	16
2.1.1 Elevado número de embarazos no deseados	16
2.1.2 Embarazo en adolescentes: un problema de género	20
2.1.3 Elevada mortalidad materna y morbilidad	25
2.1.4 El aborto no es un problema sólo de las mujeres	27
2.1.5 Acceso a los métodos anticonceptivos	29
2.1.6 Incremento relativo de contagio de las mujeres de SIDA	33
3 RECOMENDACIONES PARA LA ACCION	37
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	42

INTRODUCCION

"Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer, de las niñas y las muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional".

Principio 4, Programa de Acción CIPD, El Cairo, 1994.

1. Uno de los principales desafíos que enfrentan los países de Latinoamérica y el Caribe, en el marco de los procesos de democratización, modernización y de reforma de las estructuras económicas y sociales es el logro de la eliminación de la discriminación hacia las mujeres. Las mujeres de la región han logrado en este siglo ser reconocidas legal y socialmente como ciudadanas con derechos, logrando su derecho al voto, introduciendo cambios en las legislaciones, cambiando prácticas socioculturales e incorporando sus visiones y prioridades en las políticas y programas de desarrollo, y en la forma de hacer política.
2. Aún cuando las mujeres de la región han logrado avances significativos en la reducción de las inequidades de género, todavía hay camino por recorrer, para concretar los cambios socioculturales necesarios para que las mujeres sean valoradas socialmente más allá de la maternidad y su rol de esposas.
3. Han transcurrido 22 años desde la primera Conferencia Mundial de la Mujer (México, 1975), donde se plasmaron varios siglos de trabajo incesante con el fin de visibilizar la discriminación de las mujeres y de ponerlas en la agenda de desarrollo de los países. No obstante, hay tres ámbitos de inequidad centrales que han permanecido casi invariables: el acceso e influencia en las esferas nacionales y locales con poder de decisión, el acceso y control de los recursos productivos y sociales, y la distribución del trabajo doméstico y de las responsabilidades del cuidado y crianza de los hijos. Esta situación pone a las mujeres en una condición de dependencia permanente de las figuras paterna, del cónyuge o de los hijos varones.
4. Además de lo anterior, las condiciones para la seguridad humana de las mujeres se han deteriorado de manera preocupante por la persistencia de la violencia extra e intrafamiliar hacia las niñas y las mujeres y el irrespeto a sus derechos humanos. Este es un hecho cotidiano en la realidad latinoamericana y caribeña de hoy, que compromete la democracia y la justicia social, convirtiéndose en un legado indeseable para las nuevas generaciones.
5. La sobrevivencia de las mujeres pobres en un mundo globalizado e interdependiente presenta retos mayores, la competitividad abre o cierra oportunidades a los países y las personas, en la medida en que se aprovechan al máximo las capacidades, creatividades y talentos de ellas. El costo para los países de mantener los obstáculos de género a las mujeres, que no les permiten desarrollar integralmente sus potencialidades, es altísimo. La inversión de tiempo, energía y recursos en la educación de las mujeres, no puede ser diluida, por mantener estereotipos que no se adecúan a las nuevas realidades de los países y que no propician el

desarrollo humano. La pobreza continua afectando a las mujeres de manera diferencial que a los hombres, porque cuando se nace mujer, se tienen automáticamente restricciones, per se a los recursos sólo por su sexo y las atribuciones de género que se dan a éste. En este sentido se puede hablar de una "brecha diferencial de género en la pobreza" entre los hombres y las mujeres. Las mujeres se enfrentan a la paradoja de tener las mayores responsabilidades en la sobrevivencia, crianza y cuidado de los hijos; pero con el menor acceso a los recursos productivos y sociales, y a las decisiones nacionales y familiares, para poder cumplir con esas responsabilidades.

6. Por otro lado, la cultura sigue siendo tomada como excusa para invalidar los cambios en las relaciones de género que ya se han dado, fruto de los profundos cambios estructurales en la economía y la sociedad. Tal como ha dicho la Dra. Sadik, Directora Ejecutiva del UNFPA (1995), "es preciso que tengamos coraje y hablemos claramente de las cuestiones que nos preocupan; no debemos doblegarnos ante argumentos que invoquen la cultura o los valores tradicionales. Ningún valor digno de ese nombre fundamenta el esclavizamiento de la mujer y la opresión contra ésta. La función de la cultura y la tradición es proporcionar un marco propicio al bienestar del ser humano. Cuando la cultura y la tradición se utilicen como pretexto contra nosotros rechazaremos ese argumento y seguiremos nuestro camino. No permitiremos que se nos reduzca al silencio".

7. En este contexto, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), comprometido con la construcción de sociedades más justas, pacíficas, solidarias y humanas, aboga porque se haga realidad la declaración de igualdad y justicia social contenida en todas las Constituciones de los países de la región y en la Carta de las Naciones. A 50 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aún muchas legislaciones nacionales restringen las capacidades de las mujeres como sujetas de derecho, lo cual pone fuera de ellas las posibilidades de protección y de seguridad más básicos. Este es uno de los retos centrales del nuevo milenio.

8. Las acciones del UNFPA se rigen por los principios contenidos en el Programa de Acción Mundial de la CIPD, los cuales se sustentan en el marco ampliado de los Derechos Humanos, y del cual emana su mandato. Estos derechos incluyen el derecho al desarrollo, reconocido como un derecho universal e inalienable, que debe ser ejercido de manera que satisfaga equitativamente las necesidades ambientales, de desarrollo y demográficas de las generaciones presentes y futuras.

9. En cumplimiento de su mandato y de la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), el UNFPA ha focalizado sus acciones en algunas áreas estratégicas como son los derechos humanos de las mujeres, y entre estos los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, la promoción de las responsabilidades de los varones y la eliminación de todas las formas de discriminación y de violencia hacia las niñas y las mujeres.

10. Este documento pone el énfasis en las condiciones de la salud sexual y reproductiva de las mujeres pobres de la región y en las posibilidades de ejercer su ciudadanía en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, a partir del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; como premisa para superar algunas de las dimensiones de la pobreza de las mujeres y de aportar a la construcción de su empoderamiento personal y colectivo. Se propone que el

empoderamiento personal de las mujeres tiene que impactar en los ámbitos más íntimos que generan obstáculos primarios a este, como son la sexualidad y la reproducción. Sin cambios en la dinámica de las relaciones de poder en esos dos ámbitos será difícil la potenciación real y el empoderamiento de las mujeres en las esferas económicas y de participación política. La posibilidad de las mujeres para decidir y controlar las decisiones sobre su propio cuerpo y fecundidad se constituye en la base fundamental para el disfrute de otros derechos económicos y políticos (Plataforma de Acción IV CCMM, 1995).

11. La primera parte del documento se centra en la revisión de algunos hechos críticos de la vivencia de las mujeres de la sexualidad y la reproducción, que tienen un impacto y trascendencia decisiva en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género y de la pobreza. El segundo capítulo aborda las implicaciones para la equidad del ejercicio de la ciudadanía de las mujeres desde los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, y los cambios posibles si las mujeres decidieran con autodeterminación y mayor autonomía sobre su capacidad reproductora. Por último se hacen algunas recomendaciones para acelerar la implementación de los acuerdos internacionales asumidos por los países, contenidos en los Programas de Acción y Plataformas de Viena, El Cairo, Copenhague, Mar del Plata y Beijing.

1 EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

"Los Estados deben adoptar medidas a fin de eliminar la discriminación contra la mujer en todas las cuestiones relativas al matrimonio y las relaciones en la familia, y deben velar por que entre otros derechos, las mujeres y los hombres dispongan del mismo derecho a escoger libremente un cónyuge y contraer matrimonio únicamente con el consentimiento pleno y cabal de ambos contrayentes, y los mismos derechos a decidir libre y responsablemente acerca del número y el espaciamiento de sus hijos y de tener acceso a la información, la educación y los medios necesarios para el ejercicio de esos derechos", Artículo 16, CEDAW, ONU, 1979.

12. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, significó una nueva etapa en la tarea de dar a los ciudadanos un marco normativo legal de protección y de seguridad humana, individual y colectivamente. Sin embargo, esta Declaración, reflejo de la condición discriminada de las mujeres en esa época, adolece de la normativa necesaria para proteger la dignidad e integridad de las mujeres (Bunch, 1991). En ese año las mujeres en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe no eran ciudadanas, o sea no eran sujetas de derechos, los cuales se fueron logrando en las décadas de los cincuenta y sesenta. El proceso de obtener los derechos civiles, políticos y sociales de las mujeres ha sido una ardua tarea de miles de mujeres en toda la región. Este proceso aún continúa.

13. Derechos tan importantes en la vida de las mujeres como los sexuales y reproductivos, que no fueron incluidos en la Declaración Universal, aún representan en la práctica una meta por alcanzar. La centralidad de estos derechos para las mujeres se relaciona al papel determinante que juegan la sexualidad y la reproducción en la constitución de las identidades de género de las mujeres y de los varones, y en la valoración social que se hace de ellos. Los avances sustanciales en la condición jurídica de las mujeres latinoamericanas y caribeñas en los últimos cincuenta años encuentra sus límites en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ejes en la constitución de ellas como sujetos autónomos para decidir sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción.

14. Los derechos de las mujeres, como derechos humanos, han recibido un fuerte impulso desde la década de los setenta a la fecha, a través de instrumentos jurídicos internacionales como la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), las Estrategias de Nairobi Orientadas hacia el Futuro para el Adelanto de la Mujer (1985), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994), el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), el Programa de Acción de la CIPD (Cairo, 1994), el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhage, 1995), el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe 1995-2001 (Mar de Plata, 1994) y la Plataforma de Acción Mundial de la IV CMM (Beijing, 1995).

1.1 Los derechos sexuales y reproductivos: los más humanos de todos los derechos

15. El empoderamiento de las mujeres en el ámbito económico y político, así como sus posibilidades para influenciar la dirección de los cambios sociales se construyen y potencian, en primera instancia, en la esfera de las decisiones personales-individuales. El empoderamiento personal de las mujeres tiene que impactar en los ámbitos más íntimos que generan obstáculos

primarios para el mismo, como son la sexualidad y la reproducción. Sin cambios en la dinámica de las relaciones de poder en esos dos ámbitos será difícil la potenciación real y el empoderamiento de las mujeres en las esferas económicas y de participación política. La posibilidad de las mujeres para decidir y controlar las decisiones sobre su propio cuerpo y fecundidad se constituye en la base fundamental para el disfrute de otros derechos económicos y políticos (Plataforma de Acción CCMM, 1995).

16. El empoderamiento de las mujeres está centrado en el desarrollo y aumento de las capacidades y habilidades de ellas para la autodeterminación de su proyecto de vida sin coerción ni presiones culturales y familiares en el ejercicio pleno de sus derechos humanos incluyendo los sexuales y reproductivos, económicos, civiles y políticos. Esto se viabiliza a través de procesos de toma de decisiones sobre su condición social y de género, e involucra diversas dimensiones: i) el sentido de fortaleza interna y confianza para encarar la vida de manera segura y con certidumbres; ii) el derecho a escoger y optar; iii) el poder de control sobre sus propias vidas dentro y fuera de la casa y iv) la posibilidad y habilidad para influenciar la dirección de los cambios sociales, hacia la creación de un orden económico y social más justo a nivel nacional e internacional (Heyzer, 1994).

17. La condición de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la región se relaciona de manera directa con las posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Hacer estas posibilidades una realidad en la vivencia de la sexualidad y la reproducción, requiere que las mujeres tengan la posibilidad de ejercer sus derechos, reconocidos por acuerdos y convenciones internacionales. Los derechos sexuales y reproductivos incluyen:

18. El derecho a la vida, el cual debería invocarse para proteger a las mujeres, cuyas vidas están en peligro debido al embarazo. A fin de respetar este derecho, los gobiernos deberían fomentar la prestación de servicios para reducir la mortalidad derivada de la maternidad, violencia en cualquiera de sus formas (UNFPA, 1997).

19. El derecho a la libertad y la seguridad de la persona, que debería ser considerado para proteger a las mujeres que están expuestas a embarazos forzados, a esterilizaciones o abortos impuestos por la falta de acceso a una anticoncepción eficaz. Este derecho incluye la libre determinación de las personas en cuestiones de la reproducción y el derecho de disfrutar y controlar la propia vida sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los derechos de los demás. La configuración como delito de la anticoncepción y la esterilización voluntaria también viola los derechos individuales a la libertad y la seguridad.

20. El derecho a la información y a la educación sexual, que se refiere al derecho de todas las personas (incluyendo los/as adolescentes y solteras/os) a tener acceso a información veraz, amplia y confiable sobre los beneficios, los riesgos y la eficacia de todos los métodos de regulación de la fecundidad, y a la educación sexual, a fin de que todas las decisiones que adopten al respecto se efectúen con pleno y libre conocimiento de causa.

21. El derecho a la atención y protección de la salud, para proteger el derecho de todas las personas a servicios de atención de la salud de la más alta calidad posible y el derecho a verse libres de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.

22. El derecho a la planificación de la familia, que se refiere al derecho de todas las parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus

hijos, y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces (CIPD, 1994). Aborda el derecho de mujeres y hombres a disfrutar la maternidad y la paternidad por elección y no por obligación o impuesta.

23. El derecho a una sexualidad placentera y saludable, independiente de la reproducción, libre de violencia, abuso o acoso.

24. El derecho a la vida privada y a la vida en familia, que abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas y confidenciales con respecto a si tener o no hijos, y cuándo tenerlos.

25. El derecho a la no discriminación por motivos del sexo, lo cual no es respetado por leyes y prácticas que impiden a las mujeres - pero no a los hombres - la adopción de decisiones (incluidas las de salud sexual y reproductiva) sin el consentimiento de su cónyuge; por políticas que limitan el derecho de las niñas a permanecer en la escuela; por prácticas de las familias que favorecen a los hijos en detrimento de las hijas en lo concerniente a la nutrición, la atención de la salud y la educación; y por la selección prenatal en función del sexo (UNFPA, 1997).

26. El derecho a la no discriminación por motivos de edad, el cual se aplica a los niños, adolescentes y adultos, incluyendo el que los jóvenes tengan el mismo derecho a la confidencialidad sobre los asuntos de atención a la salud sexual y reproductiva que los adultos, y que las mujeres que han superado la etapa de la reproducción tengan igualdad de acceso a los servicios de salud.

27. El derecho de hombres y mujeres a participar en la crianza de los hijos con iguales responsabilidades, reasumiéndola creativamente, y a construir identidades propias más allá de los roles de género (Londoño, 1996).

28. La ciudadanía de las mujeres latinoamericanas y caribeñas encuentra limitaciones para concretarse, dadas las restringidas condiciones para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Aún cuando se han logrado acuerdos internacionales y nacionales importantes para la aplicación de estos derechos, la inexistencia de mecanismos de control ciudadano que permitan una vigilancia efectiva se constituye en un obstáculo para avanzar en la construcción de la ciudadanía plena de las mujeres en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Este es uno de los retos para los próximos años.

1.2 Brechas entre las mujeres en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

29. En la región persisten amplias brechas en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más pobres y las de los niveles medios y altos, lo cual se evidencia en el acceso a los servicios de salud reproductiva, en el diferencial de fecundidad y de mortalidad materna entre los diversos grupos, y en las magnitudes desiguales de los embarazos no deseados (ver datos en el capítulo II).

30. Pese a los significativos avances logrados por las mujeres en Latinoamérica y el Caribe en la eliminación de las inequidades de género, las mujeres pobres siguen enfrentando las mayores restricciones para acceder a las oportunidades y recursos que hagan posible su empoderamiento en todas las esferas del quehacer social. De igual manera, el empoderamiento

de las mujeres pobres en los ámbitos de su vida sexual y reproductiva es parte de la agenda pendiente en la región, ya que sus posibilidades de autonomía personal y de autodeterminación sobre las decisiones más vitales de su existencia son aun limitadas. Esto tiene serias repercusiones para sus vidas, porque pone en riesgo sistemático su seguridad, salud y sobrevivencia; además de condicionar y restringir el ejercicio de su ciudadanía y derechos humanos básicos.

31. Para las mujeres de los grupos sociales con mayores ingresos y niveles educativos, los derechos sexuales y reproductivos se ejercen más allá de las normas tradicionales vigentes, de las prohibiciones y tabús, dadas sus posibilidades de acceso económico a los servicios de salud reproductiva y los mayores niveles de movilidad y autonomía personal. Esta situación ocasiona, en muchos casos, el que para estos grupos de mujeres la salud sexual y reproductiva no sea percibida como un área prioritaria.

1.3 Persistencia de la violencia de género hacia las niñas y las mujeres: golpe a la vigencia de los Derechos Humanos

Se entenderá que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica que tenga lugar dentro de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad o que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes.

Convención de Belém Do Pará, 1994.

32. La violencia hacia las niñas y las mujeres es la expresión más cruda de la discriminación y el hecho que lesiona más profundamente la integridad de las mujeres y su condición de ciudadanas sujetas de derechos humanos. Su incidencia en todos los países de la región se ido haciendo cada vez más visible, fruto de la difusión de los derechos de las mujeres y del trabajo sistemático de las organizaciones de mujeres y de los gobiernos.

33. La información disponible de estudios realizados en la región muestran que entre un 25 y 50% de las mujeres encuestadas declaran haber sido víctimas de abusos físicos por parte de sus parejas; el grupo de edad con más probabilidad de sufrir situaciones de violencia está entre los 20 y 39 años. Las mujeres más vulnerables al abuso sexual son aquellas entre 11 y 16 años. Entre el 45% y 60% de los homicidios a mujeres fuer realizado en el entorno familiar (Gómez, 1997). Esta problemática de la violencia se caracteriza por la escasa denuncia de las mujeres, lo cual se relaciona a la culpabilidad, vergüenza, baja autoestima, temor a las represalias o la percepción de falta de apoyo del sistema judicial.

34. Algunos datos de estudios parciales señalan las siguientes cifras para los países centroamericanos: en el caso de Nicaragua, al segundo mes de operaciones de la Comisaría de la Mujer y la Niñez (1994), un 25% de las denuncias fueron por incesto, de los cuales la mitad fueron cometidos por sus padres y la otra mitad por padrastros (UNICEF, 1995). Entre 1994-1996 la Policía Nacional registró 2.941 delitos de violación, de los cuales el 95,7% de las víctimas fueron mujeres, y entre ellas el 50,35% fueron adolescentes menores de 18 años. Este tipo de información no se encuentra desagregada por sexo y edad para otro tipo de delitos sexuales con lo cual se invisibiliza la incidencia del problema en el caso de las mujeres (Rodríguez, 1997).

35. En Costa Rica, estudios muestran que el 80% de las mujeres reconocen al menos un caso de agresión permanente en sus propias familias. En los casos de violencia intrafamiliar el 56% de las mujeres han estado cerca del homicidio y el 48% ha emigrado de sus hogares. Respecto a la agresión sexual, estimaciones de la Fundación Ser y Crecer señalan que el 40% de las niñas declaran haber sido objeto de agresión alguna vez. FEMPRESS en 1991 publicó que el 90% de los embarazos adolescentes de menores de 14 años han sido producto de violaciones (Campillo y Mones, 1995).
36. En El Salvador el 57% de un grupo de niños/as entrevistados señalan que sus madres han sido víctimas de maltratos físicos por parte de su padres alguna vez. De los egresos hospitalarios por causas de agresión sexual y maltrato familiar el 50% son niñas entre 11 y 14 años, las cuales han sido violadas por sus familiares (UNICEF, 1995).
37. Por su parte, en Chile, un estudio realizado por el SERNAM y la OPS en 1992 mostró que un 26.2% de las mujeres encuestadas expresó haber sido objeto de violencia física; esto significa 1 de cada 4 mujeres. Un 33.5% declaró haber vivido la violencia psicológica; es decir, 1 de cada 3 mujeres. Según el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales y el Servicio Nacional de Menores, se producen 20 mil delitos por abuso sexual al año, lo cual implica que cada 26 minutos ocurre una agresión de este tipo. Sólo el 10% de estos casos es denunciado oportunamente a los tribunales, y de esos sólo un 3.3% recibe sentencia judicial. Las principales víctimas son niñas menores de 14 años, el agresor en el 50% de los casos es un conocido. La violación es más frecuente en niñas entre 11 y 15 años. En el caso de incesto, las afectadas son principalmente niñas entre 11 y 15 años (Valdés y Faúndez, 1996).
38. Como resultado de los condicionamientos de género, las mujeres objeto de violencia todavía presentan dos ámbitos de dificultades para acudir a solicitar apoyo y servicios de atención de salud: por una parte, sus propias limitaciones y miedos a denunciar por amenazas y eventuales agresiones y por sentimientos de culpa respecto del acto de violencia; y por otra parte, los obstáculos institucionales para que, tanto el personal de salud como el de seguridad pública (policías, jueces, autoridades públicas, etc.), atiendan los casos adecuadamente. Es decir, se eliminan las barreras burocráticas para una atención digna y oportuna, se registran las atenciones y se tomen las medidas pertinentes a la gravedad del hecho.
39. La violencia contraviene los derechos humanos de las mujeres y su condición ciudadana expresada en las Constituciones nacionales, además de tener altos costos sociales, síquicos, políticos y económicos para el presupuesto de salud de los países.
40. Progresivamente los gobiernos de la región han ido reconociendo la importancia de formular y ejecutar políticas públicas que protejan a las mujeres de toda forma de violencia doméstica. Desde 1990 han aumentado los países que han desarrollado instrumentos legales, mecanismos y procedimientos de denuncias y sanción, y en 1994 fue aprobada la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. En efecto, casi 15 países de la región cuentan hoy día con una legislación específica que penaliza la violencia doméstica y la Convención de Belém do Pará ha sido ratificada por casi toda la región (Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual, 1997).
41. Sin embargo, no todos los países han desarrollado políticas con igual intensidad. Tampoco en los casos en que se han implementado cambios éstos han logrado impactar a todas

las mujeres y, en muchos casos, las nuevas políticas no han ido acompañados de un proceso de cambio sociocultural respecto de la relación entre los varones y las mujeres y el respeto a la integridad física, psicológica y social de las mujeres (Foro de ONG de América Latina y el Caribe, 1995).

2 POBREZA E INEQUIDADES SOCIALES Y DE GENERO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Plataforma de Acción, IV CCMM, Beijing 1995.

42. La condición social de pobreza de la mayoría de las mujeres de América Latina y el Caribe, las desigualdades socioeconómicas regionales al interior de los países, las inequidades por razones de género, étnicas y de edad son los factores determinantes del riesgo que ellas enfrentan en su salud en general, y en su salud sexual y reproductiva, en particular. Pese a que la región ha avanzado en el proceso de reformas de las estructuras económicas, en la estabilización macroeconómica, y en su posicionamiento en los mercados internacionales, los niveles de pobreza se han mantenido o han aumentado en algunos países. De acuerdo a la CEPAL(1997), el 39% de los hogares en la región se encontraban en estado de pobreza en 1994, mientras que en las zonas rurales, estos alcanzaban el 55% de los hogares. Actualmente, hay en la región mas de 200 millones de personas viviendo en estado de pobreza, de las cuales al menos 100 millones son mujeres.
43. Con este marco como referente, las mujeres de la región continúan enfrentando un reducido acceso a la tierra, al capital y los recursos productivos, a trabajos asalariados de calidad, a la educación, y a las instancias nacionales y locales con poder de decisión. Se observa una ampliación de las brechas de inequidades sociales y de género entre las mujeres según su ubicación socioeconómica, regiones y zonas rurales y urbanas.
44. Si bien en la década pasada, las mujeres incrementaron sustancialmente sus niveles de escolaridad, estos avances no fueron suficientes para lograr eliminar las profundas brechas salariales con respecto a los salarios que ganan los hombres, realizando trabajos semejantes con calificaciones equivalentes. Las atribuciones de género siguen marcando la lógica de las decisiones para contrataciones y salarios en el mercado de trabajo, afectando negativamente la posibilidad de sobrevivencia y seguridad humana de las mujeres, quienes están aumentando en número (25% en promedio) como únicas responsables de la sobrevivencia de los/as hijos/as.
45. En las condiciones socioeconómicas actuales de América Latina y el Caribe, el significado de la sobrevivencia para las mujeres pobres se traduce en incertidumbre, inseguridad e inestabilidad permanente, porque además de las inequidades sociales que encara, su identidad de género se ha convertido en un factor de riesgo, que pone fuera de ellas las posibilidades para controlar las decisiones más vitales de su existencia, y que les aseguran la protección y seguridad necesarios para la sobrevivencia. La condición de "dependientes" en que la identidad de género coloca a las mujeres, legal y socialmente, atenta continuamente contra su vida e integridad personal (Mones, 1997).

2.1 Factores influyentes en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género y la pobreza.

46. Actualmente en Latinoamérica y el Caribe, las expresiones más cruciales de la discriminación y de las inequidades de género y socioeconómicas de las mujeres en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción se observan en el elevado número de embarazos no deseados, los niveles sostenidos y crecientes de embarazos en adolescentes, la persistencia de la mortalidad materna y morbilidad, los persistentes niveles de violencia hacia las niñas y las mujeres, el incremento del contagio de las mujeres con ETS y VIH/SIDA, y el limitado acceso a la educación y a los servicios de salud sexual y reproductiva.

2.1.1 Elevado número de embarazos no deseados

47. De acuerdo a las encuestas demográficas recientes (DHS y CDC), en la región las mujeres, independientemente de su grado de escolaridad, expresan altos niveles de embarazos no deseados o inoportunos, aún cuando hay brechas en estas cifras entre las mujeres pobres y las de los grupos socioeconómicos con mayores ingresos. Esta situación refleja uno de los ámbitos de inequidad de género más cruciales para la vida de las mujeres, sus limitaciones para controlar las decisiones sobre su sexualidad y capacidad reproductiva, y por ende, el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

48. La tasa global de fecundidad deseada, es decir, aquella medida de la fecundidad que incluye sólo a los nacimientos que fueron deseados o planeados es siempre menor que la fecundidad real u observada, según los datos recientes de las encuestas nacim^o realizadas por la DHS y el CDC (ver cuadro 1). Este hecho está relacionado a di^o factores. En primer lugar, a la posibilidad de autodeterminación y de negociación de las mujeres del uso de anticonceptivos en la relación sexual, seguido del acceso a información confiable y la disponibilidad material de anticonceptivos, la capacidad de compra de las mujeres, la violencia sexual y la influencia de valores religiosos y socioculturales.

49. Los países con información disponible presentan porcentajes importantes de fecundidad no deseada (ver cuadro 1), oscilando entre 19,4% en Ecuador (período 1989-94) y 37,5% en Haití (período 1992-94). No obstante, la fecundidad no deseada muestra importantes diferencias para los distintos niveles de instrucción, elevándose notoriamente entre las mujeres sin instrucción, como se observa en el gráfico 1. Las mujeres sin instrucción revelan un 48% de fecundidad no deseada en Colombia (período 1992-95) y de un 49,2% en Bolivia (período 1991-94). En Colombia, las mujeres con alto nivel de instrucción señalan para el mismo período sólo un 11,1% de fecundidad no deseada.

50. La fecundidad no deseada no sólo es un indicador de las inequidades sociales y de género que viven las mujeres en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, sino que además evidencia el fenómeno de la maternidad impuesta u obligada. La maternidad en estas condiciones tiene múltiples consecuencias socioeconómicas y psicológicas para el bienestar y la calidad de vida de las mujeres, los hijos/as y las familias.

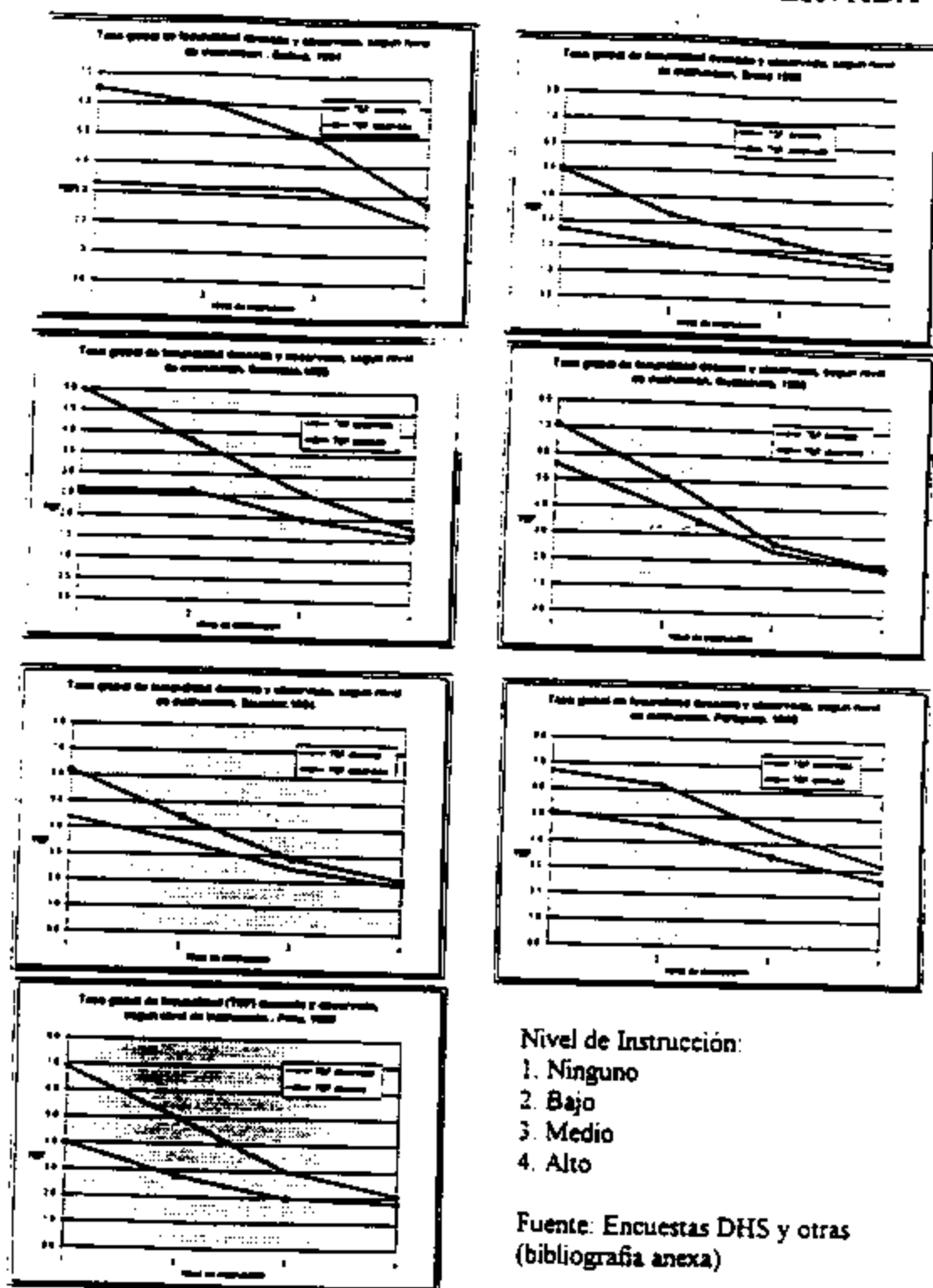
51. Si bien la fecundidad ha descendido en la región en las últimas décadas, pasando de 5,9 hijos/as por mujer entre 1950-1955, a 3,1 hijos/as por mujer entre 1990-1995, los países que se

encuentran en una etapa incipiente o moderada de transición demográfica muestran aún una tasa global de fecundidad superior a los 4 hijos/as promedio, como Paraguay, Haití, Nicaragua, Guatemala, Bolivia, Belice, Honduras y El Salvador.

52. Así como el descenso de las tasas globales de fecundidad no presenta la misma magnitud en todos los países de la región, tampoco se expresa de manera similar entre los grupos sociales al interior de cada país. En todos los países es posible identificar "bolsones de alta fecundidad" que, en algunos casos, representan proporciones importantes de la población. Esta problemática generalmente aparece vinculada a los estratos de bajos ingresos, a la dificultad de acceso a métodos modernos de anticoncepción, a los bajos niveles de instrucción y a factores de género, étnicos y socioculturales (Valdés y otros, 1995).

53. Diversas encuestas e investigaciones han revelado que las mujeres desean ejercer sus derechos reproductivos, pero que se enfrentan a la falta de información, de recursos y de servicios amplios y de calidad que aseguren y resuelvan esta necesidad. Esa demanda insatisfecha se encuentra principalmente entre los estratos pobres, extendiéndose así las inequidades económicas y sociales. Tanto la utilización de anticonceptivos como el aborto obedecen al creciente deseo de mujeres y hombres de tener familias más pequeñas. Estos deseos en los grupos socioeconómicos mas pobres y medios son influidos por las crecientes limitaciones socioeconómicas, por los cambios introducidos por la modernidad, y particularmente por las nuevas expectativas de vida generadas por las mujeres.

Gráfico 1: FECUNDIDAD DESEADA Y OBSERVADA



Cuadro 1
FECUNDIDAD TOTAL Y PROPORCIÓN DE FECUNDIDAD NO DESEADA
(Países seleccionados)¹

País	Año	Tasa Global de fecundidad	Período de la estimación	Fecundidad no deseada				
				Nivel de instrucción				
				Total	Ninguno	Básico	Medio	Alto
Belice	1991	4.5	1989-91	13.0		13.9	13.6	7.7
Bolivia	1989	5.0	1985-89	35.0	37.7	35.3	31.1	24.1
	1994	4.8	1991-94	43.8	49.2	46.7	32.7	25.9
Brasil	1986	3.5	1983-86	19.8	38.5	27.1	13.6	11.6
	1996	2.5	1991-96	28.0	46.0	38.2	25.0	12.5
Colombia	1990	2.9	1987-90	24.1	24.5	25.0	16.7	12.5
	1995		1992-95	26.7	46.0	31.6	23.1	11.1
Costa Rica	1993		1990-93	49.8	61.0	57.7	49.9	43.2
Ecuador	1987		1982-87	20.6	16.1	19.0	10.4	3.5
	1995	3.8	1989-94	19.4	29.0	20.9	12.3	9.5
El Salvador	1985		1982-85	27.0	25.7	32.3	25.7	16.4
	1993	3.8	1988-93	47.8	54.0	50.1	47.0	41.7
Guatemala	1987	5.6	1983-87	12.5	11.4	12.5	17.9	7.4
	1995	5.1	1993-95	21.6	21.1	21.6	11.1	3.6
Jamaica	1993	3.0	1988-92	19.0	26.9	18.0	13.9	14.2
Nicaragua	92-93	4.6	1987-92	8.9	15.6	9.6	8.3	4.4
Haití	1989	5.2	1989	55.0	59.3	56.6	46.6	41.7
	94-95	4.8	1992-94	37.5	34.4	35.4		28.0
Paraguay	1990	4.7	1986-90	25.5	23.9	25.8	28.9	16.8
Perú	91-92	3.5	1989-91	42.9	47.9	51.0	35.5	15.8
	1996	3.5	1993-96	37.1	42.0	44.0	33.3	14.3
R. Dominicana	1991	3.3	1988-91	21.2	36.5	32.8	20.0	17.7
	1996	3.2	1993-96	21.9	38.0	25.6	20.6	12.5

Fuente: Encuestas DHS y Encuestas CDC. Elaborado por EAT/UNFPA 1997.

Notas: Valores en cursiva no son comparables con otros valores utilizados para el mismo país en distinto año.
 Belice: Bajo 5-; Alto: 9 y más años de estudio. Porcentaje de los últimos hijos que no fueron deseados.
 Bolivia: Ninguno Básico Intermedio Medio o más. Brasil: 1986: Ninguna, Primaria incompleta, Primaria completa.
 1996: Ninguna, 1-4 años, 5-8 años, 9 y más. 1986: Proporción de nacimientos ocurridos en los últimos doce meses que
 fueron declarados como no deseados. Colombia: (ambas encuestas) Sin educación, Primaria, Secundaria y Superior.
 Costa Rica: 0-3 años, 3-5 años, 6-10 años, 11 y años y más. Porcentaje de mujeres fértiles que no desean tener más
 hijos. Ecuador: Ninguna, Primaria, Secundaria y Superior. El Salvador: 1985 y 1993: Ninguno, 1-3 años, 4-6 años, 7 y
 más. 1993: Porcentaje de mujeres actualmente en unión de 15-44 años que no desean más hijos. Guatemala: 1987: Sin
 educación, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria o más. 1995: Sin educación, Primaria, Secundaria,
 Superior. Jamaica: Primaria o menos; Secundaria 1-4; Secundaria 5-8; Post-secundaria. Porcentaje de hijos nacidos en
 los últimos cinco años no deseados. Nicaragua: Ninguna, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria o más.
 Porcentaje de mujeres en unión que no desearon su último embarazo. Haití: 1989: Ninguno, 1-3 años, 4-6 años, 7 y más.
 Porcentaje de mujeres fértiles y actualmente unidas que no desean más hijos. 1994/95: Ninguna, Primaria, Secundaria o
 más. Paraguay: 0-2 años, 3-5 años, Primaria completa, Secundaria o más. Perú: Sin educación, Primaria, Secundaria y
 Superior. República Dominicana: Sin educación, Primaria 1-4, Primaria 5-8, Secundaria y más.

¹ Se utilizan aquí dos definiciones de los nacimientos no deseados: a) Un nacimiento es considerado no deseado si el número de hijos sobrevivientes al momento del embarazo era menor que el número ideal de hijos, tal como lo informó la entrevistada. Las tasas de fecundidad deseadas están basadas en los nacimientos de los últimos tres o cinco años anteriores a la Encuesta y puede ser interpretada como el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados pudiesen ser prevenidos. Se utiliza esta definición en Bolivia, 1994; Brasil, 1996; Colombia, 1995; Guatemala, 1996; Paraguay, 1990; Perú, 1991-92 y 1996; Rep. Dominicana, 1996. b) Nacimientos no deseados son aquellos ocurridos en un período de tres o cinco años antes de la encuesta y que las madres declararon que no lo desearon al momento de quedar embarazadas. Su complemento son los nacimientos deseados. La interpretación de las tasas es igual. Se utiliza esta definición en Bolivia, 1989; Brasil, 1986; Colombia, 1990; Ecuador, 1987; El Salvador, 1985; Guatemala, 1987; Paraguay, 1990; Rep. Dominicana, 1991.

54. Numerosas investigaciones revelan que la educación influye de modo muy importante en las decisiones de las mujeres respecto de la edad a la que se casan, el uso de anticonceptivos, el tamaño de las familias, el aumento de confianza en sí mismas y una mejor autoestima y estatus social (UNFPA, 1997), y en este sentido es tal vez el factor social más importante que incide en la fecundidad de las mujeres, y aún más en el caso de las adolescentes.
55. A mayor escolaridad las adolescentes tienen su primer hijo a edades más avanzadas. En efecto, el 50% de las mujeres sin escolaridad tiene su primer hijo antes de los 20 años, mientras se extiende hasta más de 23 años en el caso de las mujeres con educación secundaria. Sin embargo, los efectos positivos de la educación femenina no son exitosos en todos los contextos, son mayores entre las mujeres que tienen 5 ó 6 años de educación y cuando se les ofrece un rol más activo en las decisiones familiares y el control de sus recursos (UNFPA, 1997).
56. Las mujeres con mayor número de embarazos no deseados presentan una menor prevalencia en el uso de anticonceptivos, el cual es sistemáticamente menor en las mujeres con menor escolaridad. Esta situación constata las amplias brechas sociales entre los diversos grupos socioeconómicos de donde provienen las mujeres, marcando francas desigualdades en las condiciones y posibilidades para ejercer los derechos sexuales y reproductivos entre ellas.
57. Como una expresión más de las diferencias de género entre las mujeres y los varones en la vivencia, significados y costos personales del embarazo y de los hijos, de acuerdo a la información de las DHS, se observan diferencias significativas en el número de hijos deseados por los hombres y los que desean las mujeres en los países que han incluido módulos para los hombres (Brasil '96, Haití '95, Jamaica '93, Perú '96 y Rep. Dominicana '96). Esto se relaciona con el posicionamiento de los hombres frente al ejercicio de su identidad de género masculina (significado sociocultural del "ser hombre" en la sociedad), o sea el valor que asignan a un número significativo de hijos para ejercer su identidad como hombres. En el contexto de las limitadas posibilidades de negociación de las mujeres de número de hijos y embarazos, esta brecha coarta los derechos reproductivos de las mujeres, al ser objeto de los deseos e intereses de otros.

2.1.2 Embarazo en adolescentes: un problema de género

Proteger y promover los derechos de los/as adolescentes en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva, que les permitan asumir de manera sana, segura y responsable su sexualidad y la reproducción. Plataforma IV CCMM, Beijing 1995; Programa de Acción, CIPD, El Cairo 1994.

58. El embarazo adolescente constituye uno de los factores más determinantes en la reproducción intergeneracional de las inequidades de género y de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe. En 13 países de la región (únicos para los que se tienen datos recientes), más del 30% de las mujeres inician sus relaciones sexuales antes de los 18 años, con lo cual se amplía el margen de riesgo en las condiciones actuales de desprotección e inseguridad en que se dan dichos encuentros.
59. De los países con información Jamaica, es el que presenta el mayor número de adolescentes que inician sus relaciones sexuales antes de los 18 años (61%); seguido por

Nicaragua con un 49%, El Salvador con 48%, la República Dominicana con un 44%, Bolivia con un 39%, Perú con 38% y Colombia con un 36%. Esta alta proporción de adolescentes está enfrentando graves riesgos de salud, en las condiciones actuales de escasa o nula educación sexual, desinformación y falta de acceso a anticonceptivos, poca concientización sobre los costos personales, familiares y sociales de su situación.

60. La realidad antes señalada tiene costos e impactos de género desiguales para las jóvenes que para los adolescentes y los hombres adultos involucrados en el mismo. Para las adolescentes, el embarazo significa comprometer sus posibilidades de desarrollo y crecimiento personal, así como poner en riesgo su salud física, síquica y emocional. Esto derivado de tener que asumir, muchas veces sola, la responsabilidad y compromiso de por vida de la manutención y cuidado de un hijo, cuando aún no tienen las condiciones materiales ni subjetivas para hacerlo. En el caso de las adolescentes pobres este hecho por lo general implica la transferencia de su condición de pobreza y subordinación genérica a sus hijas e hijos, dándose así un reciclaje de las inequidades sociales y de género.

61. En casi todos los países de la región, tanto el número absoluto de niños/as nacidos de adolescentes, como la proporción de los nacimientos que ocurren entre aquéllas en el total, se han mantenido más o menos estable o bien han aumentado en los últimos años (NNUU, 1996). Para 1996, en América Latina y el Caribe los nacimientos de adolescentes equivalen a un tercio del total de nacimientos (Population Reference Bureau, 1996). Sin embargo, aún existe subregistro y en algunos países no se cuenta todavía con estadísticas desagregadas por edad (CELADE, 1996).

62. El porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años es superior al 30% en todos los países considerados; pero aumenta sobre el 40% en varios casos, superando el 60% en Jamaica (ver cuadro no. 2). Los países con información para dos años muestran, además, un aumento de esos porcentajes. El inicio de la actividad sexual antes de los 15 años muestra variaciones importantes, con porcentajes entre menos de 5% (Paraguay, 1990) y más de 15% (Nicaragua, 1992-93).

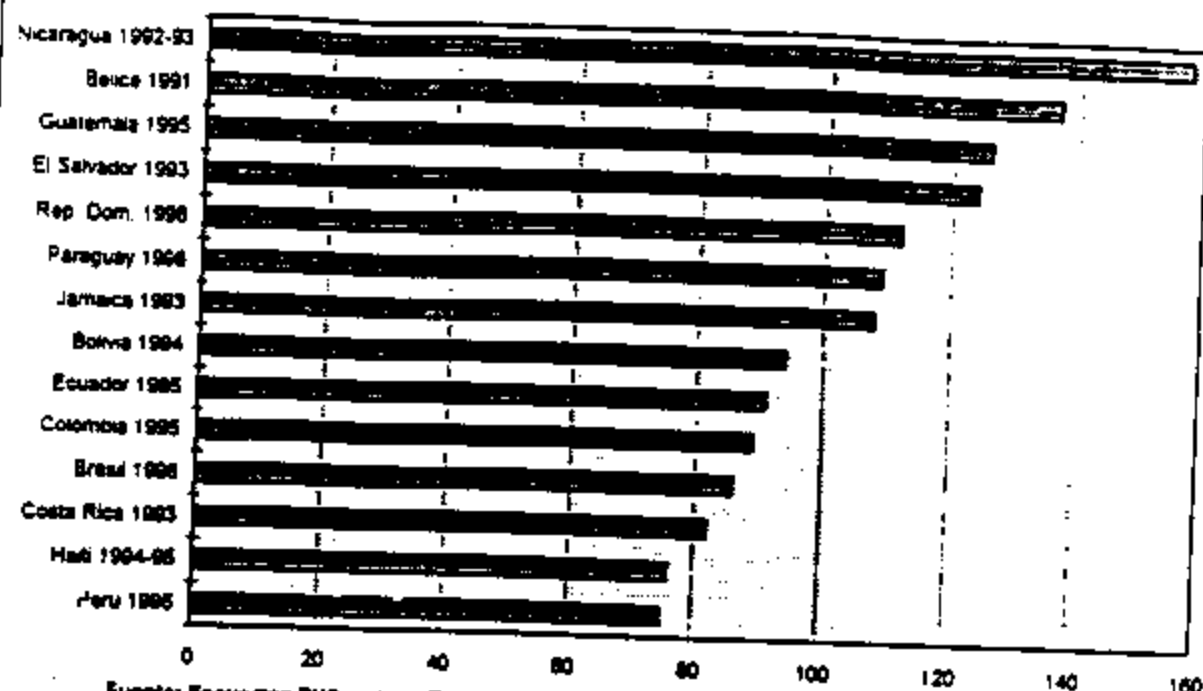
63. En el caso de las uniones antes de los 18 años, estas fluctúan entre un 22,8% (Brasil, 1996) y el 46% (Nicaragua, 1992-93). Las uniones antes de los 15 años son menos frecuentes, pero varían entre 4,1% (Brasil, 1996) y 13% (Rep. Dominicana, 1996). No obstante, estas uniones de jóvenes menores de 15 y de 18 años originadas en un embarazo, habitualmente no deseado, tiene implicaciones también en la constitución forzada de parejas y familias, con una propensión alta a la crisis y el abandono temprano de la mujer y los/as hijos/as, con sus efectos de inseguridad para ambos.

64. El porcentaje de mujeres que tuvo su primer hijo antes de los 18 años revela la fecundidad adolescente, variando en las encuestas más recientes entre 14,1% en Brasil (1996) y 26,3% en El Salvador (1995). Costa Rica y Nicaragua muestran porcentajes superiores al 30% en 1992-93. Las mujeres que tuvieron hijos antes de los 15 años representan menos del 5% en la casi totalidad de los países considerados.

65. Como se observa en el gráfico 3, los aumentos más significativos del embarazo en adolescentes se han dado en Colombia, Brasil, República Dominicana y Paraguay, países que, a excepción de Paraguay, paradójicamente se encuentran en una fase avanzada de su transición de la fecundidad y que experimentaron durante el mismo período una reducción

en la fecundidad de mujeres en otras edades.

Gráfico 2: Tasas de fecundidad adolescente (15-19 años) en países de América Latina y el Caribe.



Fuente: Encuestas DHS y otras (Embarazo adolescente en Cifras, EAT, 1997)

66. La reducción de la fecundidad en Latinoamérica y el Caribe desde los sesenta, -
 dió en la misma medida para todas las edades. Aún cuando la fecundidad de los
 adolescentes también disminuyó, este descenso fue mucho menor que la reducción
 experimentada por las mujeres de mayor edad. Esto llevó al aumento de la proporción de
 nacimientos adolescentes en el total de adolescentes embarazadas. Este fenómeno produjo
 un diferencial en la fecundidad por edad y por la ubicación socioeconómica de las mujeres.

Cuadro 2
SEXUALIDAD, NUPCIALIDAD Y FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE
(14 países)

(Mujeres unidas de 20 a 49 años)

Países	Año	Experiencia antes de los 15 años			Experiencia antes de los 18 años		
		% tuvo su primera experiencia sexual	% se casó o se unió	% tuvo su primer hijo	% tuvo su primera experiencia sexual	% se casó o se unió	% tuvo su primer hijo
Benice	1991		6.1				
Bolivia	1989	7.3	5.1	2.4	36.5	30.2	
Brasil a/	1986		3.6	1.6		31.4	19.1
	1996	8.0	4.1	1.4	35.0	22.0	13.0
Colombia	1990	7.6	5.6	2.4	32.1	22.9	14.1
	1995	8.6	5.6	2.6	35.6	26.6	17.1
Costa Rica	1993		4.8	1.2		24.0	19.8
Ecuador	1987		7.3	3.1		34.6	30.6
	1995	8.0	5.6	2.3	34.0	30.2	19.3
El Salvador	1985		7.4			26.5	18.0
	1993	13.7	9.5	3.2	48.3	37.6	
Guatemala	1987		12.4	3.8		39.2	25.3
	1995	14.4	10.7	4.1	46.7	42.7	27.8
Jamaica	1993	14.8		2.7	61.4	39.7	26.0
Nicaragua	1992-93	16.8	15.5	5.5	49.0	46.0	27.8
	1995-95	9.1	5.1	2.6	38.3	30.2	30.7
Paraguay	1990	4.7	3.1	1.3	34.3	23.8	16.9
Perú	1991-92	6.2	4.1	2.0	34.4	22.6	15.6
	1996	8.6	5.0	2.0	37.7	23.9	16.1
Rep. Dominicana	1991	13.1	11.6	3.9	39.5	38.5	16.7
	1996	14.6	13.0	4.0	43.6	39.1	22.5

Fuente: Encuestas DHS y Encuestas CDC. Elaborado por EAT/UNFPA 1997.

a/ Brasil: Cohorte de mujeres de 25 a 49 años.

67. Las dimensiones y características que asume el embarazo adolescente en la década de los noventa, están mostrando que más allá del acceso a anticonceptivos que tengan los adolescentes, los patrones de identidad de género tradicional que transmiten los medios y las instituciones sociales influyen de manera decisiva en la creación de condiciones favorables al embarazo y las uniones tempranas.

68. La influencia decisiva que tienen las identidades sexual y de género (en tanto son los primeros sistemas de referencia de la constitución del sujeto, que organizan y ordenan las vivencias e interpretaciones de la sexualidad y los relacionamientos entre las mujeres y los varones) en la generación de dichas condiciones ha sido abordada en diversos estudios realizados en Ecuador (Ambrossi y otros, 1995), Perú (Ponce y La Rosa, 1995), Paraguay (Pompa, 1995), Argentina (Pantelides y otros, 1995), México (Stem, 1996), Costa Rica (Quirós y Barrantes, 1994), entre otros.

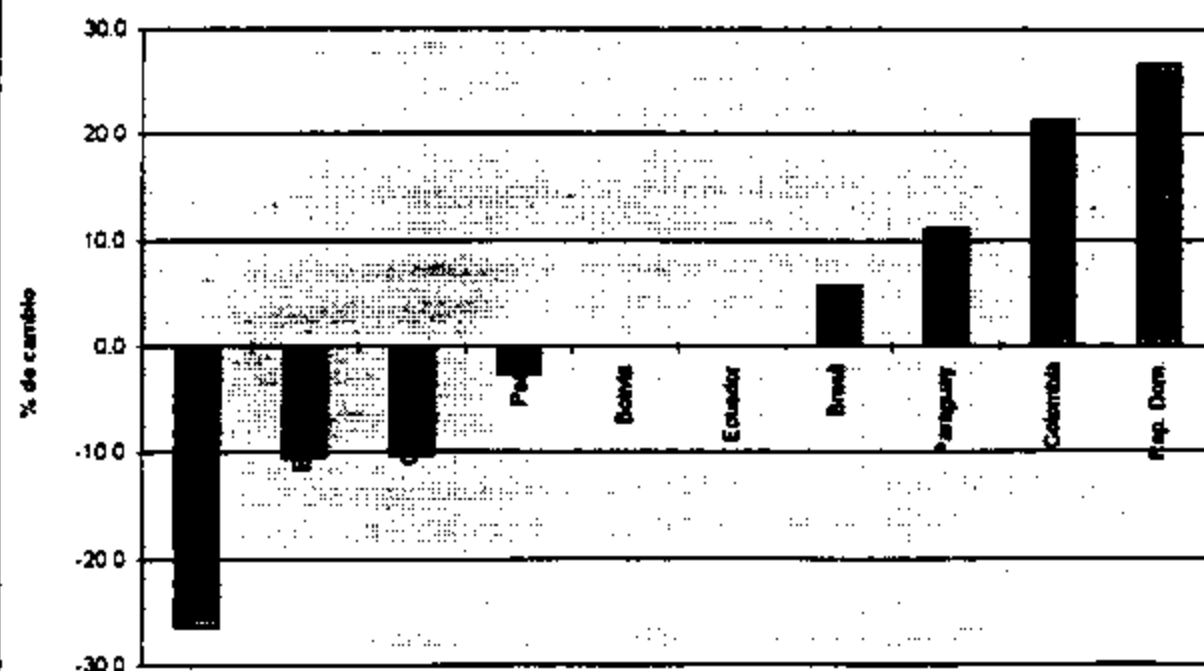
69. Las adolescentes pobres con menores niveles de escolaridad y oportunidades de trabajo son las que presentan los mayores números de embarazos tempranos (ver gráfico 9 en los anexos).

70. Si bien la maternidad temprana representa graves riesgos de salud y para el desarrollo de las adolescentes, el embarazo tiene para ellas significados socioculturales diferentes de acuerdo a su ubicación socioeconómica, étnica y religiosa. Las adolescentes pobres se enfrentan a precarias condiciones materiales de vida, baja o ninguna escolaridad,

escasas oportunidades de desarrollo personal, fuerte influencia de la ideología de género, alto valor de la maternidad como rol principal de la mujer, escaso o nulo acceso a información que permita desarrollar una conciencia crítica frente al ordenamiento discriminatorio de género, presión familiar para cumplir con los patrones tradicionales de madre y esposa como único futuro, alta propensión a la violencia intrafamiliar, escasa autonomía y autodeterminación de su proyecto de vida a partir de intereses propios, alta propensión a la baja autoestima y limitada comunicación con los padres. Para las adolescentes que viven en estas condiciones, el ejercicio de la identidad de género (concretar la maternidad y la conyugalidad) se convierte en una estrategia de sobrevivencia y un medio decisivo para la autoafirmación de su "ser mujer", para adquirir un estatus y mayor valoración social, pasando a detentar una "adultez socialmente reconocida y legitimada"; lo cual les permite también salir de entornos familiares violentos y/o de baja afectividad y contención (Mones, 1997).

71. Para las adolescentes pobres rurales y urbanas la presión del medio, de la familia y de la ideología de género actúan como favorecedores del embarazo adolescente y de las uniones tempranas; además de que, como sugiere Valdés (1994), "...frente a la precariedad de la existencia está la seguridad de la naturaleza, cuyo proyecto para la mujer se materializa en la maternidad, única certeza al alcance de la mano. La incertidumbre se ve confrontada con la garantía afectiva que representa un hijo que lo necesita todo, que crece de todas maneras, aún desnutrido, que ríe y juega, que llena el tiempo rutinario del hambre, la chatura de la población, la inercia de las necesidades cotidianas. Un hijo, núcleo conflictivo entre el embarazo y el aborto, más allá de las innumerables dificultades y sufrimientos, sigue siendo un proyecto vigente en si mismo. Es lo más propio, da sentido a una vida inmersa en el desconcierto, en la violencia de una cultura excluyente y opresora"

Gráfico 3: Cambio porcentual de la fecundidad adolescente, entre alrededor de 1990 y 1995, en países seleccionados de América Latina.



Fuente: Encuestas DHS y otras (El embarazo adolescente en cifras, EAT, 1997).

2.1.3 Elevada mortalidad materna y morbilidad

72. En Latinoamérica y el Caribe, los esfuerzos gubernamentales y de los organismos de la sociedad civil por disminuir la mortalidad materna han sido fructíferos, pero aún siguen muriendo un número significativo de mujeres cada año por causas relacionadas a la maternidad. La mayoría de ellas son evitables y están asociadas a las condiciones generales de salud de los países, al acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, y a factores de género y socioculturales. La mortalidad materna en la región muestra una gran heterogeneidad y se ve incrementada al interior de los países en los sectores rurales, en comunidades indígenas y en los barrios urbanos marginales.

73. La información más reciente revela que las tasas más altas de mortalidad materna se están presentando en Bolivia y Haití, con 390 y 1000 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos respectivamente. En Panamá, Costa Rica, Chile, Uruguay, Cuba y Trinidad y Tobago las tasas de mortalidad materna son inferiores a 100 muertes por 100.000 nacidos vivos, como se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro 3
MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Países	Mortalidad Materna (Proporción sobre cien mil nacidos vivos)
Haití	1.000
Bolivia a/	390
Perú	290
Rep. Dominicana b/	229
Honduras	220
Guatemala	200
Brasil c/	161
Nicaragua	160
Paraguay	160
Ecuador d/	159
El Salvador e/	158
Venezuela	120
Jamaica	120
México	110
Argentina	100
Colombia	100
Cuba	95
Trinidad y Tobago	90
Uruguay	85
Chile	65
Costa Rica	60
Panamá	55

a/ Estimación directa en base a DHS, datos para el período 1989-1994.

b/ Estimación indirecta en base a DHS, datos para los años 1983-1984.

c/ Estimación directa en base a DHS, datos para el período 1983-1986.

d/ Estimación directa en base a CDC, datos para el período 1988-1994.

e/ Estimación directa en base a CDC, datos para el período 1983-1993.

Fuentes: Encuestas DHS y Encuestas CDC. Elaborado por EAT/UNFPA 1997.

74. La concentración de las altas tasas de mortalidad materna en aquellos países donde una proporción importante de la población presenta además limitado acceso a la salud (PNUD, 1997) nos ilustra que esta causa de mortalidad se corresponde con el grado de desarrollo de los sistemas de salud, particularmente con la cobertura y calidad de los servicios, con la prioridad en la asignación de recursos para prevención y con la accesibilidad equitativa a atención de buena calidad. En general, la totalidad de las muertes maternas son evitables, como lo señalan las estadísticas de países con mayor desarrollo relativo que cuentan con una amplia cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva.
75. Estudios en la región muestran que los altos índices de mortalidad materna en algunos países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú) se relacionan además con una cobertura de atención del parto inferior al 50%, ya que las tasas más bajas se encuentran en aquellos países cuya cobertura de atención profesional del parto está sobre el 95%. Las coberturas de atención materna en la región prácticamente no sufrieron variaciones entre 1989-1991, y la atención prenatal registró descensos en Guatemala, Nicaragua, Uruguay y la atención del parto en Perú. La problemática es más grave al considerar la condición de ruralidad que en algunas zonas de Bolivia y Guatemala representan coberturas de atención materna menores al 50% (Gómez, 1997).
76. Por otro lado, en la región se siguen teniendo altos niveles de morbilidad materna causados por la desnutrición, por lesiones de abortos inducidos, por violencia intrafamiliar y por la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
77. Estimaciones de la OMS (1995) revelan que las ETS afectan a 36 millones de personas en Latinoamérica y el Caribe. Los efectos de las ETS son mayores para las mujeres que para los hombres, ya que generan, entre otras, complicaciones en el embarazo, septicemia, espóntaneos, infertilidad, nacimientos prematuros, nacimientos de fetos muertos, cáncer cervical e infecciones congénitas (UNFPA, 1997). En los hombres las ETS pueden ocasionar infertilidad.
78. Aún cuando no se disponen de investigaciones en profundidad, se evidencian efectos e impactos económicos de la morbilidad materna, no solo en términos de los presupuestos de salud a nivel familiar y nacional, sino también en la reducción de los años de vida productiva para el sector laboral femenina.
79. La malnutrición es un factor que contribuye en una medida importante a las enfermedades y trastornos que sufren las mujeres pobres durante el embarazo y el parto, teniendo un papel causal en muchas defunciones maternas.
80. Por otra parte, el cáncer de mama presenta un incremento en los países de la región. Las tasas más altas de mortalidad por cáncer de mama se encuentran en Argentina y Uruguay, con 52 y 74 por 100.000 mujeres, respectivamente (OPS, 1994). El cáncer cérvico-uterino representa un problema de salud pública más extendido que el cáncer de mama, pese a que la tecnología permite su detección en fases que ofrecen una probabilidad de curación del 100% (Gómez, 1997).

2.1.4 El aborto no es un problema sólo de las mujeres

81. El aborto inseguro persiste en la región como una de las principales causas de la mortalidad materna y como consecuencia del ejercicio limitado de los derechos reproductivos de las mujeres. Aún cuando el aborto inseguro es en todos los países un grave problema de salud pública, todavía no se dispone de suficientes investigaciones sobre sus reales dimensiones y efectos. El aborto, consecuencia de un acto relacional de un hombre y una mujer, sigue siendo visto y tratado como un asunto y problema exclusivamente de las mujeres. Son ellas las únicas sancionadas y juzgadas de un hecho que es la expresión de la situación de desprotección en que la identidad de género tradicional coloca a las mujeres en el relacionamiento sexual con los hombres. Esto ha contribuido a legitimar las desventajas, subordinación e inseguridad para las mujeres, con consecuencias tan drásticas que incluyen hasta la muerte.

82. La información disponible indica que uno de cada cinco abortos clandestinos causa complicaciones y la hospitalización de la mujer. Ello ha permitido la estimación de los abortos inducidos en algunos países de la región. Dichas estimaciones dan cuenta de altas tasas de aborto, llegando en el caso de Chile a 55 por 100 nacidos vivos, o sea que el 55 % de los embarazos en Chile terminan en aborto, tal como se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro 4
ESTIMACION DE ABORTOS INDUCIDOS EN PAISES SELECCIONADOS
(Último año disponible)

Países	Año	Total estimado de abortos inducidos (1)	Proporción por cada 100 nacidos vivos	Tasa anual por cada 100 Mujeres de 15 a 49 años
Brasil	1991	1,443,350	44	3.65
Colombia	1989	288,400	35	3.37
Chile	1990	159,650	55	4.54
México	1990	533,100	21	2.33
Perú	1989	271,150	43	5.19
Rep. Dominicana	1992	82,500	39	4.37

Nota: (1) Casos hospitalizados ajustados, multiplicados por cinco.

Fuente: The Alan Guttmacher Institute, Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1994.

83. Los abortos inducidos son el producto de los embarazos no deseados, que como vimos anteriormente son elevadísimos en casi todos los países de Latinoamérica y el Caribe. Las razones que llevan a las mujeres a plantearse un aborto son múltiples, y van desde problemas de salud, la pobreza, el abandono del padre gestante, violación sexual, no acceso a anticonceptivos, falla del anticonceptivo, embarazos inoportunos y/o no deseados, hasta el temor de asumir ante los padres un embarazo en la adolescencia, etc. El aborto inseguro deteriora gravemente la salud de las mujeres, aunque su prevención es posible a través de la información confiable sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, así como con programas de educación sexual.

84. La mortalidad materna en la región se vincula estrechamente a la prevalencia del aborto realizado en malas condiciones, constituyendo en varios países la primera causa de mortalidad, si bien su determinación como causal de defunción adolece de un subregistro mayor que otras causas de mortalidad materna (Gómez, 1997). La persistencia del aborto inseguro dificulta en aquellos países con mayor desarrollo y mortalidad materna más baja, reducir la mortalidad materna a los niveles de los países desarrollados.

85. Es preciso considerar además que, no obstante la dramática situación que viven las mujeres respecto del aborto y todos los costos personales y sociales que ello implica, otro aspecto relevante está referido al costo de los abortos inseguros para los sistemas públicos de salud. De acuerdo a un estudio de Lavín (1994) realizado en Santiago de Chile, pese a que se reconoce la dificultad para evaluar con exactitud el conjunto de variables que inciden en estos costos, se estima que el gasto público por efectos de tratamiento y hospitalización de abortos es de US\$ 15.000.000 al año. Se encontró asimismo que hubo al menos 64.3 camas "bloqueadas" por aborto durante un año entero (Valdés y Faúndez, 1997).

86. Pese a la escasa información disponible, ésta permite concluir que el aborto inseguro constituye uno de los problemas de salud pública más complejos para las mujeres de la región, principalmente por las condiciones de ilegalidad en que se practica y por los riesgos asociados que impone para la su salud y su vida. Es preciso profundizar en la investigación sobre la problemática, conocer las razones que conducen cada año a un número elevado de latinoamericanas y caribeñas a recurrir al aborto inseguro pese a todos los peligros que encierra.

87. Diversas investigaciones revelan que muchas mujeres que recurren al aborto utilizarían anticonceptivos si tuvieran esa opción. En ese sentido, el aborto se constituye en una respuesta a la falta de opciones reales, tanto de salud sexual y reproductiva, como económicas, sc educativas (Gómez, 1997).

88. Por otro lado, el aborto inseguro refleja una más de las inequidades sociales entre los diversos grupos socioeconómicos, ya que aún con las prohibiciones legales y sanciones sociales, las mujeres de los grupos de mayores ingresos pueden acceder a abortos seguros, mientras que la amplia mayoría de mujeres pobres tiene que sufrir las consecuencias negativas para su salud.

Cuadro 5
RESOLUCION DE EMBARAZOS EN 6 PAISES
(Ultimo año disponible)

Países	Año	% de nacimientos deseados (1)	% de nacimientos no deseados (2)	% de abortos inducidos (3)
Brasil	1991	48	23	31
Colombia	1990	50	24	26
Chile	1990	44	21	35
México	1990	60	23	17
Perú	1989	40	30	30
Rep. Dominicana	1992	52	20	28

Fuente: The Alan Guttmacher Institute, Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana, The Alan Guttmacher Institute, Nueva York, 1994.

Nota: (1) y (2) Estas estimaciones se basan en el número de nacimientos en los años previos a las Encuestas DHS que exceden el tamaño ideal de la familia entrevistada. Para Chile se adoptó hipotéticamente el promedio de los cinco países. (3) Casos hospitalizados ajustados, multiplicados por cinco.

2.1.5 Acceso a los métodos anticonceptivos

89. En la región, la mayoría de los países presentan una prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres de más del 45%. En los 14 países de los que se tienen datos recientes, se presentan los mayores porcentajes de uso de anticonceptivos en Brasil con un 76.7%; Costa Rica con un 75% y Colombia con un 72.2%; Perú con un 64.2% y Jamaica con 62%. Los niveles más bajos de prevalencia se observan en Haití y Guatemala, con 18 y 31%, respectivamente. Sin embargo, hay grandes diferencias y brechas entre regiones al interior de los países, entre las mujeres y por sexo (ver cuadro 6).

90. Las brechas de inequidad en cuanto al acceso a la anticoncepción entre las mujeres pobres y las de grupos de mayores ingresos son sustantivas. El país donde se observan las brechas más grandes en ese sentido es Guatemala, donde el 14,1% de mujeres sin educación declaran usar métodos modernos de anticoncepción, mientras que entre las mujeres con alto nivel de instrucción la prevalencia es de 72.1%. Esto implica que las mujeres de los grupos socioeconómicos de mayores ingresos y con niveles altos de educación tienen un mayor ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. El único país donde las mujeres con altos niveles de escolaridad presentan también baja prevalencia anticonceptiva es Haití (34,2%).

Cuadro 6
PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA DECLARADA POR MUJERES
CASADAS O UNIDAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN
(14 países)

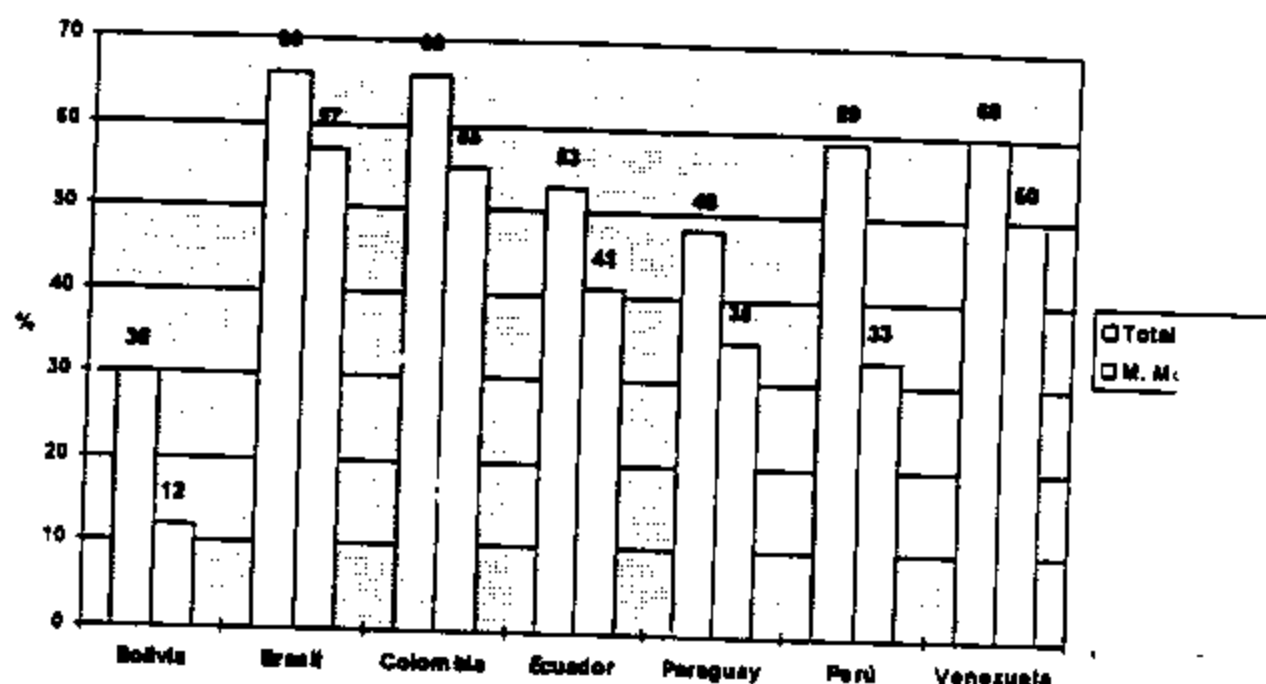
Países	Año	% de uso de anticonceptivos en mujeres (15 - 49 años)				
		Total	Nivel de instrucción			
			Ninguna	Bajo	Medio	Alto
Belize	1991	46.7	40.0	38.8	49.2	55.9
Bolivia	1989	30.3	11.5	24.8	38.4	52.8
	1994	45.3	22.7	39.2	46.7	66.2
Brasil	1988	65.8	47.3	58.8	69.9	73.3
	1996	76.7	64.1	71.9	80.1	83.8
Colombia	1990	66.1	52.6	63.3	69.4	76.8
	1995	72.2	58.0	70.4	74.7	77.1
Costa Rica	1986	69.0	62.0	66.0	70.0	72.5
	1993	75.0	68.0	64.0	75.0	79.5
Ecuador	1987	44.3	18.5	41.0	54.8	63.8
	1995	58.8	26.0	50.7	66.1	74.3
El Salvador	1985	47.3	35.7	40.7	52.0	51.3
	1993	53.3	43.4	47.2	54.8	63.8
Guatemala	1987	23.2	9.8	24.3	47.4	60.0
	1995	31.4	14.1	32.5	61.2	72.1
Jamaica	1989	55.5	54.5	55.3	...	61.0
	1993	62.0	58.6	59.3	66.0	67.0
Nicaragua	1992-1993	48.7	28.5	42.8	57.2	58.8
Haití	1989	10.2	8.2	10.8	12.1	19.4
	1994-1995	18.0	11.3	19.7	...	34.2
Paraguay	1990	48.4	30.8	40.2	50.0	62.4
	1996	50.6	32.5	43.0	51.5	64.2
Perú	1991-1992	59.0	34.9	51.3	65.6	73.2
	1998	64.2	38.3	59.0	70.2	75.4
Rep. Dominicana	1991	56.4	41.5	53.0	57.2	61.4
	1996	63.7	53.1	64.3	64.5	65.2

Fuente: Encuestas DHS y Encuestas CDC. Elaborado por EAT/UNFPA 1997.

91. Los casos de más baja prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres se encuentran en Haití, Guatemala, Nicaragua y Bolivia (10%, 23%, 27% y 30% respectivamente). Si se considera solamente la anticoncepción moderna estos mismos países -excepto Haití- presentan porcentajes aún más bajos (Guatemala con un 19% Nicaragua un 23% y Bolivia sólo un 12%).

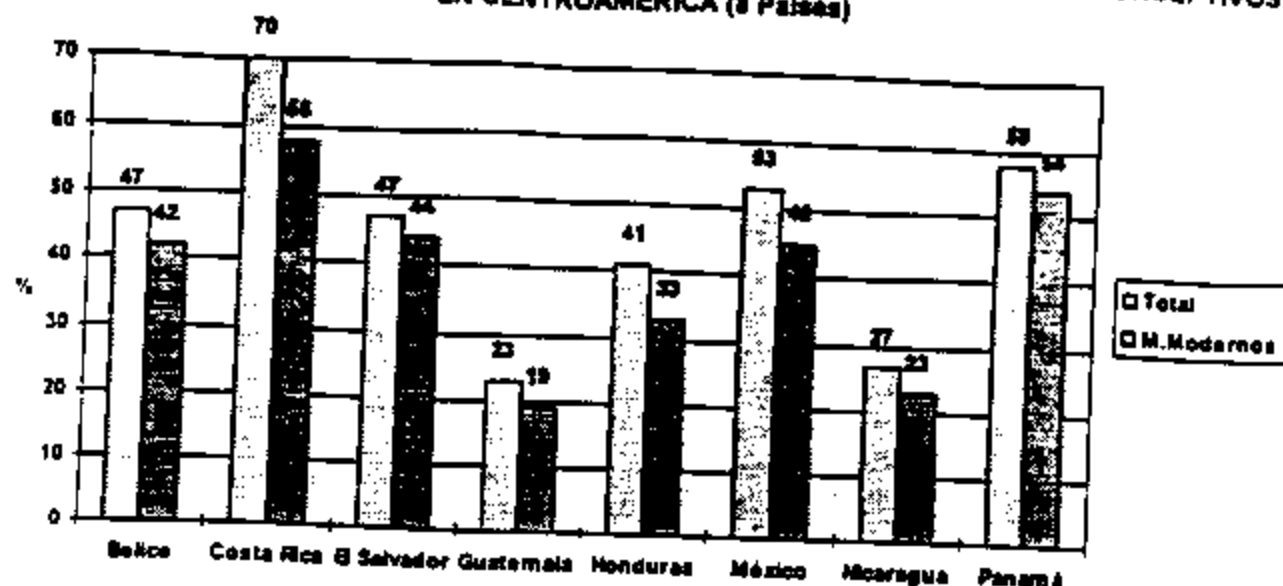
92. Al mismo tiempo algunos países cuentan con brechas mayores que otros al considerar a las mujeres que utilizan anticonceptivos modernos y a las que no tienen acceso a ellos o no los utilizan por diferentes razones. En esta situación se encuentran Bolivia, Perú, Costa Rica. En el caso de Trinidad y Tobago, se observa que la utilización de métodos no modernos de anticoncepción es levemente más alta que la anticoncepción moderna (54% y 53% respectivamente).

Gráfico 4
PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN LEGAL O CONSENSUAL QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS EN AMÉRICA DEL SUR (7 Países)



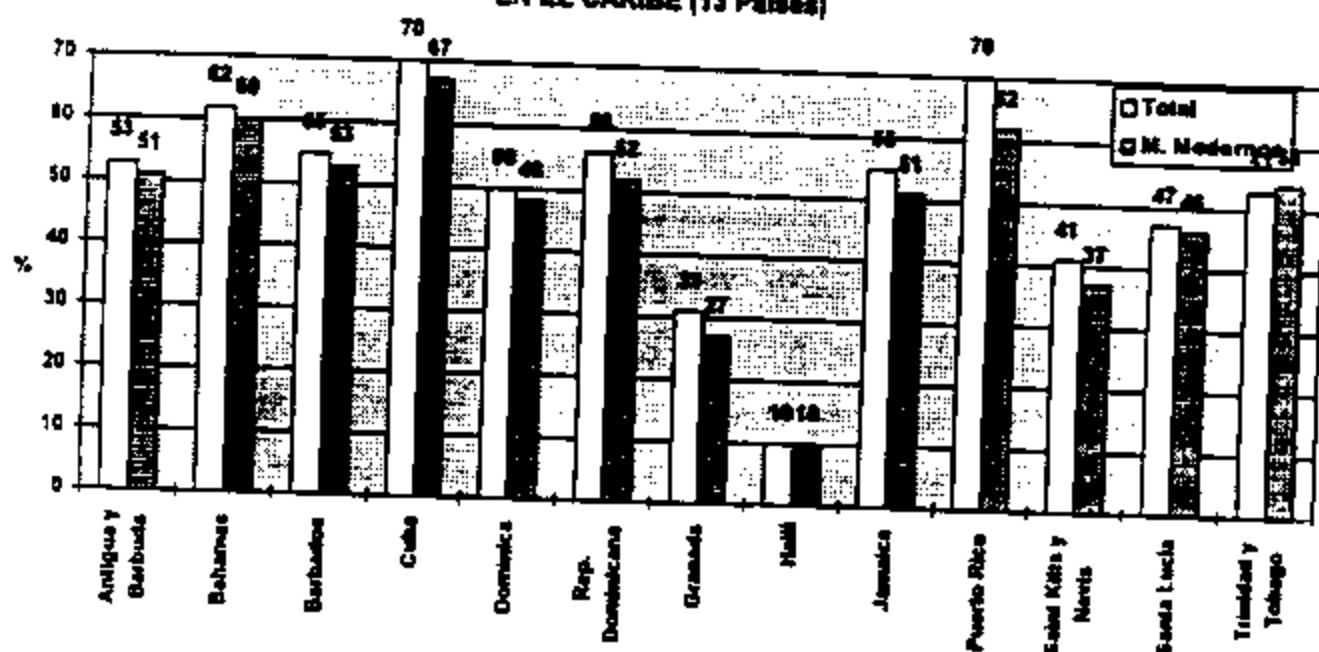
Fuente: Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet* 1993, Washington, D.C. 1993. Datos procedentes de las Encuestas DHS, Monitoring Report, División de Población de NYU y Informes Nacionales. En: Gómez, Elsa. *La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo. CEPAL 1997

Gráfico 5
PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN LEGAL O CONSENSUAL QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS
EN CENTROAMÉRICA (8 Países)



Fuente: Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet* 1993, Washington, D.C. 1993. Datos procedentes de las Encuestas DHS, Monitoring Report, División de Población de UNU e Informes Nacionales. En: Gómez, Elsa. *La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo CEPAL, 1997.

Gráfico 6
PORCENTAJE DE MUJERES EN UNIÓN LEGAL O CONSENSUAL QUE UTILIZAN ANTICONCEPTIVOS
EN EL CARIBE (13 Países)

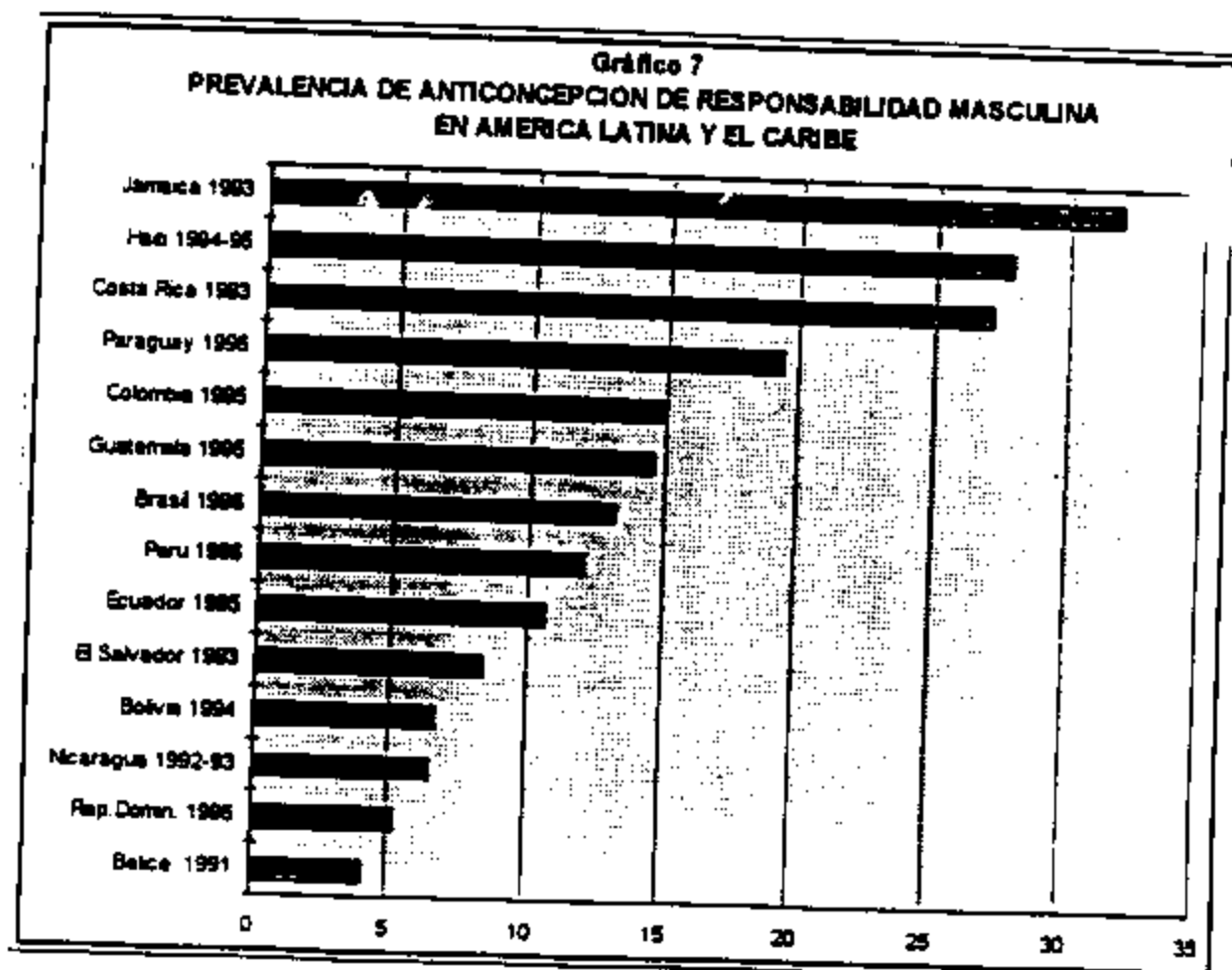


Fuente: Population Reference Bureau, *World Population Data Sheet* 1993, Washington, D.C. 1993. Datos procedentes de las Encuestas DHS, Monitoring Report, División de Población de UNU e Informes Nacionales. En: Gómez, Elsa. *La Salud y las Mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo CEPAL, 1997.

93. En cuanto al acceso de las adolescentes solteras a métodos modernos de planificación familiar, éstas se encuentran definitivamente entre la población excluida. Las estimaciones de "necesidades insatisfechas" existentes presentan dos dificultades para las adolescentes: por una parte, sólo abarcan a mujeres casadas en edad de procrear y, por otra, no incorporan necesidades más amplias en materia de su salud reproductiva que también se encuentran insatisfechas por carencia de información, de servicios, de barreras jurídico-administrativas, de desaprobación social, de prejuicios del personal de salud, de incomodidad de las propias adolescentes, de resistencias de sus parejas o de costo (UNFPA, 1997).

94. El uso de métodos anticonceptivos por parte de los hombres en la región es todavía incipiente. De acuerdo a las encuestas DHS aquellos países en que la prevalencia anticonceptiva masculina (uso de condón, vasectomía y retiro) es cercana al 30% son Costa Rica y Jamaica. En el otro extremo se sitúan Bolivia, Nicaragua, República Dominicana y Belice, donde menos de un 10% de los métodos usados son de responsabilidad masculina. Comparando las cifras más recientes con las encuestas previas se observa en casi todos los países una mayor participación masculina en el uso anticonceptivo. (Ver Gráfico 7)

95. En el caso de Haití este porcentaje pasa de un 8.8% en 1989 a un 27.8% entre 1994-95. En Ecuador la prevalencia anticonceptiva masculina prácticamente se ha duplicado de un 5.9% en 1987 a un 10.7% en 1995. En otros países los incrementos han sido más moderados, como en Brasil, El Salvador, Perú y República Dominicana.



2.1.6 Incremento relativo de contagio de las mujeres de SIDA

96. De acuerdo a la ONUSIDA y la OMS (1997), en Latinoamérica viven 1.6 millones de personas infectadas de SIDA y 300,000 en el Caribe. Los países que concentran el 80% de los casos notificados son Brasil, México, Argentina, Venezuela, Honduras, Perú, República Dominicana y El Salvador. México y Brasil aportan en conjunto más de 7 infecciones de cada 10 en Latinoamérica, 18% de éstas en mujeres. La región representa el 6% del total de los casos mundiales (SIDALAC, 1996).

97. Aún cuando los sistemas de información sobre los infectados por el VIH/SIDA son todavía precarios, en la región se observa una tendencia sostenida al aumento de los casos notificados de SIDA en hombres y mujeres, para el periodo 1991-1996, con la excepción de los datos aún incompletos de 1996 (Ver Gráfico 8). Se evidencia un aumento importante en algunos países como México, Guatemala, Barbados, Honduras, Colombia, Paraguay, Jamaica (CONASIDA, 1997).

98. Los países que presentan un incremento más significativo de la razón hombre:mujer para el mismo periodo son Antigua y Barbuda, Bahamas, El Salvador, Perú, República Dominicana, Grenada y Jamaica (Ver Cuadro No 7). El aumento relativo de los casos de SIDA en las mujeres se relaciona a factores de diversa naturaleza. Por un lado, factores biológicos, debido a que por las características del aparato reproductor de las mujeres, éstas exponen una mayor superficie de tejidos delicados en el contacto sexual, teniendo también una mayor propensión a la morbilidad. Asimismo, factores de género como los patrones de relacionamiento y comportamiento sexual de mujeres y varones que inducen las identidades de género femenina y masculina, y los condicionamientos socioculturales (religión, etnicidad, etc.), propician la condición subordinada de las mujeres, su limitada asertividad y autodeterminación para controlar y decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción. Esto es particularmente crítico en las adolescentes, debido a sus escasas condiciones para negociar las condiciones en que se dan las relaciones y asegurar su protección contra el contagio del VIH.

99. La alta incidencia de las ETS incrementa la propensión al contagio del SIDA en las mujeres y en los hombres, considerando que las ETS multiplican hasta nueve veces la capacidad de transmisión del VIH/SIDA. Por otra parte, algunos tipos de morbilidad reproductiva ponen a las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad producto de transfusiones sanguíneas. Las mujeres infectadas por el VIH a menudo presentan síntomas relacionados con algunas de las ETS más comunes, diferentes de los que tienen los hombres, tales como las infecciones micóticas vaginales crónicas, enfermedades inflamatorias de la pelvis y displasia cervical.



Cuadro 7
RAZÓN HOMBRE:MUJER DE LOS CASOS DE SIDA NOTIFICADOS ENTRE 1991 Y 1996.

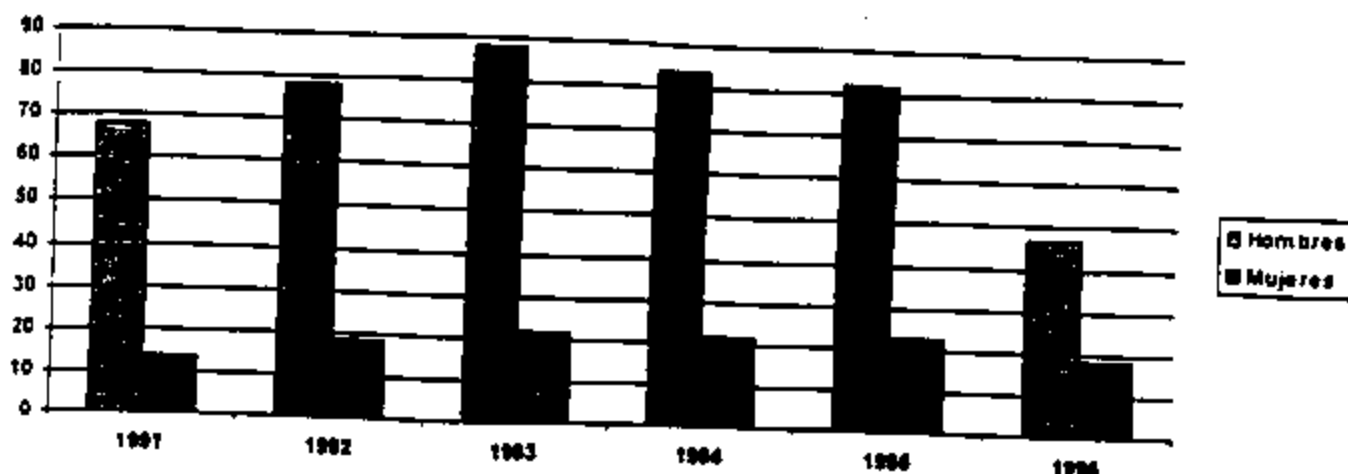
Países	Razón Hombre:Mujer					
	1991	1992	1993	1994	1995	1996(a)
Angua y Barbuda	..	13.0	18.0	7.0	2.5	0.6
Argentina	10.6	3.9	3.8	4.0	4.0	4.0
Bahamas	1.7	1.8	1.5	1.6	1.7	
Barbados	4.6	2.9	2.0	3.4	4.0	2.8
Bolivia	N/A	5.7	0.9	3.5	11.0	
Brasil	5.0	4.3	3.6	3.4	3.0	2.7
Colombia	16.6	13.4	11.1	10.2	8.1	3.0
Costa Rica	20.3	13.8	26.7	8.8	7.5	
Cuba	3.3	2.5	2.5	3.0	3.4	
Chile	16.0	9.5	17.2	10.2	6.8	7.1
Ecuador	8.2	10.0	4.7	4.3	11.0	3.0
El Salvador	2.9	9.8	4.0	2.9	3.1	2.8
Grenada	0.8	N/A	6.7	0.8	3.5	1.6
Guatemala	4.8	6.8	4.6	2.1	1.8	4.1
Guyana	2.3	2.0	2.3	1.1	1.7	
Guyana Francesa	1.8	1.6	1.6	2.8		
Haití	1.0	1.3				
Honduras	2.3	2.3	1.8	2.1	1.8	1.8
Islas Caimán	1.0	1.0	N/A	0.3	N/A	2.0
Jamaica	1.2	2.1	2.0	1.3	1.6	1.6
México	5.4	5.8	5.8	6.4	7.1	
Nicaragua	12.0	8.0	3.8	11.7	8.0	5.7
Panamá	3.3	4.8	6.2	3.5	3.3	3.4
Paraguay	N/A	27.0	3.1	3.0	2.3	3.3
Perú	10.6	6.0	6.5	4.3	4.1	3.5
Rep. Dominicana	2.1	2.7	2.0	2.2	1.8	1.8
Santa Lucía	5.0	1.0	1.0	1.6	2.3	0.8
San Vicente y las Granadinas	1.3	4.0	1.7	2.0	5.0	5.0
Suriname	3.0	2.1	2.5	1.2	2.3	
Trinidad y Tobago	2.2	2.4	3.~	2.0	2.0	
Uruguay	8.6	6.5	4.0	3.4	3.1	4.0
Venezuela	11.4	9.0	6.4	7.1	9.2	7.~

Fuente: CONASIDA

Notas: (a) La información de 1996 está incompleta por retraso de la notificación.

N/A No se han notificado casos de mujeres en este periodo. ... La información no está desagregada por sexo

Gráfico 8
TASA DE INCIDENCIA DE CASOS DE SIDA POR SEXO Y POR AÑO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ENTRE 1991 Y 1996(a).
 (Por millón de habitantes)



Fuente: CONASIDA 1997

Notas: (a) La información de 1996 está incompleta por retraso de la notificación.

100. Las formas de transmisión del VIH no han cambiado en los últimos años, manteniéndose las relaciones sexuales heterosexuales como la causa de más del 70% de todos los contagios entre adultos. Para este mismo grupo poblacional, entre el 3 y el 5% de los contagios se debe a la transfusión de sangre, y entre un 5 y 10% a agujas infectadas en los casos de toxicómanos. Estudios recientes señalan que cerca de un 70% de los casos de transmisión vertical (madre a hijo) se dan a través de la leche materna, lo cual plantea la necesidad de revisar las estrategias de reducción de la mortalidad infantil por esta vía (ONUSIDA, 1997).

101. Considerando estimaciones del indicador de Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA o DALY), el cual cuantifica la carga de las enfermedades y su impacto futuro debido a infecciones presentes (incorporando la discapacidad y la mortalidad prematura), se tiene que en Latinoamérica y el Caribe los AVISA por causa del VIH eran del orden del 10% del total de enfermedades transmisibles, maternas y perinatales, y el 25% de las infecciones parasitarias. El incremento de los casos anuales fue de 10 veces en el período transcurrido de 1990 a 1995. En 1990 se reportaron 15,651 casos de SIDA en la región, mientras que en 1995 se notificaron 155,169 casos (SIDALAC, 1996). En Latinoamérica y el Caribe el SIDA ha causado 80,000 muertes, ubicándose como la causa más importante de mortalidad en hombres entre 25 y 44 años de edad, con un significativo impacto en la fuerza laboral masculina y en la productividad potencial del trabajo de éstos.

3 RECOMENDACIONES PARA LA ACCION

102. Considerando la complejidad y multidimensionalidad de las problemáticas que enfrentan las mujeres de la región en relación a su salud sexual y reproductiva, la búsqueda de soluciones a éstas debería tomar en cuenta la necesidad de dar respuestas integrales, que aseguren el compromiso no sólo de los gobiernos, sino también el de todos los actores sociales
103. Las recomendaciones que se sugieren a continuación forman parte de los diversos acuerdos tomados por los países de la región en las últimas conferencias y foros mundiales, y resumen algunas propuestas surgidas de evaluaciones recientes de la implementación de dichos acuerdos.
104. Acelerar la implementación conjunta de los acuerdos internacionales, plasmados en el Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), el Programa de Acción de la CIPD (El Cairo, 1994), el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe 1995-2001 (Mar del Plata, 1994), el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y la Plataforma de Acción Mundial de la IV CCMM (Beijing, 1995).
105. Establecer comisiones nacionales y locales mixtas de promoción y monitoreo del cumplimiento de los acuerdos internacionales de las cinco Conferencias en lo relativo a la discriminación de las mujeres, donde participen los sectores ejecutivos, parlamentarios y de la sociedad civil.
106. Establecer sistemas eficaces nacionales y locales de vigilancia y monitoreo de la aplicación de los acuerdos internacionales de las Conferencias de Viena, El Cairo, Mar del Copenhague y Beijing, que permitan verificar los avances y limitaciones en los proce ejecución de los mismos, así como facilitar la elaboración de los informes de seguimiento.
107. Incrementar el financiamiento proveniente de los presupuestos nacionales de los países, para implementar los acuerdos asumidos en las Conferencias internacionales antes señaladas.
108. Movilizar a los diversos actores sociales nacionales en torno a la implementación de los acuerdos de las cinco Conferencias antes señaladas, de manera de aprovechar los recursos y experiencias disponibles en los diversos sectores, con una visión integral de país.
109. Promover el empoderamiento de las mujeres, adolescentes y niñas en todos los ámbitos sociales, por medio de su concientización de género, el ejercicio y la defensa de sus derechos humanos y ciudadanos.
110. Desarrollar y/o fortalecer el liderazgo de las mujeres en las instancias nacionales, regionales y locales con poder de decisión, para influenciar políticas de desarrollo que aborden y prioricen para la equidad de género y el desarrollo de las mujeres.
111. Ejecutar políticas gubernamentales y acciones de difusión para incentivar la educación de las niñas y adolescentes y favorecer su permanencia en las escuelas.

112. Desarrollar estrategias personales, familiares y comunales de autoprotección y seguridad para las niñas, las adolescentes y las mujeres para enfrentar todos los tipos de violencia que se ejercen hacia ellas, a través de campañas nacionales y escolares de promoción.
113. Desarrollar políticas gubernamentales y programas de prevención y atención a la violencia hacia las niñas y las mujeres, así como desarrollar los procedimientos legales para facilitar la sanción a la violencia.
114. Desarrollar programas integrales escolares y con organizaciones de mujeres orientadas a aumentar de la autoestima, seguridad y autoconfianza de las mujeres, desde una perspectiva de equidad de género.
115. Desarrollar actividades de difusión y promoción de los derechos humanos de las mujeres y de los mecanismos institucionales existentes para su vigilancia y sanción.
116. Desarrollar programas gubernamentales y no gubernamentales de formación y capacitación para el trabajo, así como de reconversión de mano de obra, para las mujeres y las adolescentes en las ramas productivas de mayor oferta de trabajo y mejores condiciones laborales.
117. Crear las condiciones para que las mujeres y los hombres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, tal como se recoge en el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe 1995-2001, en el Programa de Acción de la CIPD y en la Plataforma de Acción de la IV CCMM de Beijing.
118. Asegurar la participación e influencia de las mujeres en las decisiones nacionales y locales de los Ministerios de Salud y en las políticas y programas de salud en general, y en salud sexual y reproductiva en particular, a partir de la incorporación de sus perspectivas, necesidades específicas e intereses por la equidad de género.
119. Incorporar la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos (como parte de los derechos humanos) en las políticas de salud, educación y trabajo, y en las estrategias de desarrollo, así como en las directrices y estándares de conducta para los sistemas de salud.
120. Desarrollar programas de educación sexual y de educación para la vida no sexistas (formales y no formales) con enfoque de género para los niños/as, los/as adolescentes y los padres. Esto debería tener carácter de obligatoriedad en el sistema escolar formal.
121. Mejorar la calidad de los servicios públicos y privados de salud sexual y reproductiva, incorporando entre otras, las perspectivas de las usuarias y usuarios y de la capacitación del personal en el enfoque de equidad de género.
122. Crear servicios públicos de salud sexual y reproductiva integrales y de calidad para los/as adolescentes, que se adecúen a sus requerimientos de ciclo vital y a sus visiones de futuro.
123. Fortalecer la capacidad técnica de las organizaciones de mujeres a nivel local para hacer el monitoreo y la evaluación permanente de la calidad y calidez de los servicios de salud sexual y reproductiva.

124. Asegurar la participación de manera influyente de las mujeres, a partir de sus prioridades para la equidad de género en la gestión y gerencia de los programas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional, regional y local.
125. Desarrollar estudios en profundidad desde una perspectiva de género sobre las creencias, valores, actitudes y comportamientos de mujeres y varones hacia la sexualidad y la reproducción, considerando las diferencias de edad, ciclos vitales, etnia, ubicación socioeconómica, área geográfica y religión con el fin de orientar cambios en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva.
126. Mejorar los sistemas de registro, evaluación y sistematización de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, para hacer factible la verificación del mejoramiento de los mismos.
127. Promover una mayor conciencia ciudadana en los varones sobre su condición de género, sobre su responsabilidad y consecuencias ligadas a su comportamiento sexual, así como sobre sus deberes en la mantención, crianza y cuidado de los hijos.
128. Desarrollar acciones de promoción dirigidas a concientizar a los hombres y aumentar su comprensión sobre su condición de género y las implicaciones de su identidad de género tradicional, así como las consecuencias en la vida de ellos, sus parejas, hijos y de la sociedad en su conjunto: a apoyar su movilización en la construcción de nuevas identidades más integrales, no basadas en la discriminación y la subordinación de género.
129. Incentivar una distribución equitativa entre las mujeres y los varones de las responsabilidades monetarias, afectivas y de dedicación de tiempo para la alimentación, el cuidado y la crianza de los hijos (paternidad responsable), así como en la distribución de trabajo doméstico: esto a través de campañas nacionales, revisión de los estereotipos que transmiten las escuelas, los medios de comunicación y la socialización de los padres.
130. Desarrollar investigaciones sobre la identidad de género masculina y las percepciones de los varones de diversos grupos sociales y edades hacia la sexualidad y la reproducción, como ámbitos de ejercicio del poder y control sobre las mujeres. Estos estudios aportarían insumos para las acciones dirigidas a ellos en los programas de salud sexual y reproductiva.
131. Potenciar a los organismos y organizaciones de la sociedad civil desde una perspectiva integral de país, aprovechando sus experiencias y conocimiento, y sus posibilidades de ejecutar estrategias de mediano y largo plazo, dando continuidad en el tiempo a las acciones, y acercando la gestión de programas a las personas y las comunidades.
132. Instar a los organismos donantes bilaterales y multilaterales, bancos de desarrollo y agencias financieras, así como a los organismos del Sistema de las Naciones Unidas, a asegurar que se destinen los recursos monetarios necesarios para el desarrollo de los compromisos adquiridos por los países en las áreas referidas en las 5 recomendaciones anteriores, así como a asegurar que todos los proyectos que implementen y/o financien, sean ejecutados con una perspectiva de equidad de género.

BIBLIOGRAFIA

- Alcalá, María José. (1995). *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción*. Family Care International. Nueva York, USA.
- Arriagada, Irma. (1995). "El entorno social de los niños de la calle en América Latina". Documento presentado a la III Conferencia Iberoamericana sobre la familia. Brasil.
- Arriagada, Irma. (1997) "Mitos y evidencias del trabajo femenino urbano en América Latina" CEPAL. Santiago de Chile.
- Campillo, Fabiola y Mones, Belkys (1995). *Acciones para la Integración Social de Centroamérica: Mujeres y Género*. UNICEF y Consejo Regional para la Integración Social Centroamericana, Guatemala.
- Carrasco, S.; Martínez, J. y Vial, Claudia. (1997). *Población y necesidades básicas en Chile. 1982-1994*. MIDEPLAN-UNFPA. Santiago de Chile.
- CELADE. (1996). *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina. Contribución al Diseño de Políticas y Programas*. CELADE-BID-CEPAL. Santiago de Chile.
- CEPAL (1995). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile.
- _____ (1996). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile.
- _____ (1996). *Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente. Serie Mujer*. Desarrollo. Unidad Mujer y Desarrollo - CEPAL. Santiago de Chile.
- Corporación Casa de la Mujer. (1997). *Informe Diagnóstico del Seguimiento de la CIPD. El caso de Colombia*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (No Publicado). Santafé de Bogotá, Colombia.
- De Barbieri, Teresita. (1991). "Género y Políticas de Población. Una reflexión". Ponencia presentada en la Conferencia Centroamericana de el Caribe y México sobre Políticas de Población. Antigua.
- De los Ríos, Rebeca y Gómez, Elsa. (1992). "Mujer, Salud y Desarrollo: un enfoque alternativo". En: Arango, Y. (de.) *Mujer, salud y autocuidado: memorias*. OPS. Washington, D.C. USA.
- Dixon-Mueller, Ruth. (1992). *Sexuality, Gender, and Reproductive Health: What do We Need to Know?* Ponencia presentada en reunión de organismos financieros en el área de sexualidad. Universidad de California. USA.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1997). *Estado de la población mundial*. UNFPA. USA.

Foro de ONGs de América Latina y El Caribe. (1995). *"Igualdad, Democracia y Ciudadanía"*. Mar del Plata, Argentina.

Germain, Adrienne y Kyte, Rachel. (1995). *El Consenso de El Cairo: El Programa acertado en el momento oportuno*. International Women's Health Coalition. USA.

Gómez, Elsa (1997). *"La salud y las mujeres en América Latina y el caribe: viejos problemas y nuevos enfoques"*. Serie Mujer y desarrollo. Unidad Mujer y Desarrollo - CEPAL. Santiago de Chile.

Gómez, Elsa (1990). *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas*. OPS. Washintong, USA.

Heise, Lori. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. OPS. Washintong, USA.

Hernández, Isabel y Gomáriz, Enrique. (1996). *Cultura y Población en América Latina*. FLACSO - UNFPA. Costa Rica.

International Women's Health Coalition y CEPIA. (1994). *Salud reproductiva y justicia: Conferencia Internacional de Salud de la Mujer para El Cairo 94*. IWHC - CEPIA. Rio de Janeiro, Brasil.

International Women's Health Coalition (1994). *Voces de Mujeres, Declaración sobre Políticas de Población*. Nueva York. USA.

Isis Internacional. (1996). *"Agenda Salud N° 2"*. Abril-Junio Santiago de Chile.

Isis Internacional. (1993). *Mujeres y políticas de población*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Oaxtepec. México.

Lavin, Pablo. (1994) *"Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costo del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile"*. Ponencia presentada por Pablo Lavin en el Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia.

Meacham, Deborah. (1996). *"Adolescentes. El desafío del 2000"*. En: *Revista Mujer Salud* N°4. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y de El Caribe - RSMLC. Santiago de Chile.

Mones, Belkys (1997). *Embarazo en adolescentes: un problema de género, Enfoques*. EAT/UNFPA, Santiago de Chile.

Montecino, Sonia.(1991). *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno* (Ensayo). Editorial Cuarto Propio-CEDEM. Santiago de Chile.

- Naciones Unidas. (1993). *Población, Equidad y Transformación Productiva*. CEPAL-CELADE. Santiago de Chile.
- _____ (1994). *"Políticas Mundiales sobre el Aborto, 1994"*. Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, División de Población. New York. USA.
- _____ (1995). *Plan de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994*. Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas. New York. USA.
- _____ (1995). *Programa de Acción Regional para las mujeres de América Latina y El Caribe, 1995-2001*. CEPAL- UNIFEM. Santiago de Chile.
- _____ (1997). *La brecha de la equidad. América Latina, El Caribe y la Cumbre Social*. CEPAL. Santiago de Chile.
- _____ (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, China.
- OMS/OPS. (1992). *Prevención de la Mortalidad Materna en las Américas: perspectivas para los años noventa*. Comunicación para la salud-Nº 2. OPS. USA.
- OMS. (1996). *Informe sobre la salud en el mundo*. OMS. Ginebra.
- OPS. (1994). *Las Condiciones de Salud de las Américas*. Volúmen I y II. OPS. Washington. USA.
- PNUD. (1996). *Informe sobre Desarrollo Humano*. Washington, D. C. USA.
- _____ (1997). *Informe sobre Desarrollo Humano*. Washington, D.C. USA.
- Population Reference Bureau. (1996). *"The World's Youth: 1996"*. Washintong, D.C. USA.
- Rajs, D., Parada, S., Peyser, A. (1994) *La mortalidad materna en América Latina y el Caribe latino*. (LC/DEM/R.218). CELADE, Serie A, Nº 295. Santiago de Chile.
- Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la violencia doméstica y sexual. (1996). *Violencia contra la mujer. Por el derecho a una vida sin violencia*. Convención de Belem do Pará. Isis Internacional, Santiago de Chile.
- Rodríguez, Elizabeth. (1997). *"Informe de Proyecto de Seguimiento a la CIPD, Nicaragua"*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (No publicado) Nicaragua.
- Sinding, Steven; Ross, John y Rosenfield, Allan. (1994). *"En busca de una base común: los objetivos demográficos y la opción individual"*. Population Reference Bureau (PRB). USA.

